

Achtung!
Nicht für Verfallware!

REKLAMATIONS-RÜCKSENDEBELEG FÜR APOTHEKEN

(Bitte diesen Beleg zusammen mit der beanstandeten Ware und der originalen Verpackung einsenden)

Die Rücksendung erfolgt an:

INFECTOPHARM Arzneimittel & Consilium GmbH
Reklamationsabteilung
Von-Humboldt-Str. 1
64646 Heppenheim

Apothekenstempel

Auf Grund einer Beanstandung sende ich folgendes Produkt zurück:

Stück	PZN	Präparat/Wirkstärke/ Darreichungsform	Packungsgröße	Verfall	Charge

Grund der Reklamation:

Um Ihren Reklamations-Wert als Gutschrift zu vergüten und Ihnen den Gutschriftbeleg (per E-Mail) zuzusenden, benötigen wir folgende Angaben:

Name Kreditinstitut* _____

IBAN* _____

Steuernummer oder USt.ID* _____

Email _____

*erforderliche Informationen, um Ihre Reklamation vollständig bearbeiten zu können.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der elektronischen Rechnungs-/Gutschriftübermittlung erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen des vorstehend genannten Zwecks erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung des Datenschutzgesetzes erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten zum Zweck der elektronischen Rechnungsübermittlung gelöscht. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

InfectoPharm Arzneimittel & Consilium GmbH, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim; E-Mail: verkauf@infectopharm.com

80015666-03-082021