Raem Pharma Großhandel GmbH

Hunsrückstraße 87 in 47574 Goch-Pfalzdorf

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns über Ihren Auftrag und haben uns bemüht, ihn zu Ihrer vollsten Zufriedenheit auszuführen. Sollten Sie dennoch Anlass zu einer Reklamation haben, möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bitten, um den Vorgang so schnell und reibungslos wie möglich abwickeln zu können.

Sollten Sie Waren zurückschicken wollen, beachten Sie bitte folgende Punkte:

* Bitte öffnen Sie keine Verkaufsdisplays.
* Bitte beschriften oder etikettieren Sie keine Waren.
* Bitte schicken Sie die Ware festverpackt zurück.
* Bitte legen Sie diesen Retourenbeleg unterschrieben der Rücksendung bei.
* Bitte informieren Sie uns schnellstmöglich über die Rücksendung und eventuelle Umtauschwünsche oder Ersatzlieferungen (Telefon 02823 / 929 63 00 oder Fax 02823 / 929 63 02).
* Bitte senden Sie uns die Ware innerhalb von 5 Tagen nach Erhalt zurück.
* Bitte tragen Sie den/die Retourencodes in die Tabelle auf der Rückseite ein.

Unsere Rücksendeanschrift lautet: Raem Pharma Großhandel GmbH
Hunsrückstr. 87
D-47574 Goch-Pfalzdorf

Mit bestem Dank für Ihre Mithilfe und freundlichen Grüßen

Jessica Raem
VP und Geschäftsführerin
Raem Pharma Großhandel GmbH

Stand 03/2025

Raem Pharma Großhandel GmbH

Raem Pharma Großhandel GmbH
Hunsrückstraße 87 in 47574 Goch-Pfalzdorf

# RETOURENBELEG

gemäß DAW.III.17, Anlage 2

Kunde

Datum

| Reklamationsgrund | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | Bruchsendung | | 005 | Falsch bestellt | |
| 002 | Falscher Artikel | | 006 | Verspätete Lieferung | |
| 003 | Falsche Stückzahl | | 007 | Doppelte Lieferung | |
| 004 | Nicht bestellt | | 008 | Sonstige Gründe … | |

| lfd.Nr. | Menge | Bezeichnung | Einheit | Charge | LZ |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Die zurückgegebene Ware wurde seit der Lieferung gemäß der vorgeschriebenen Lagerbedingungen im Bezug auf Temperatur, Lichteinfall und genannter Besonderheiten gelagert und gehandhabt und hat meinen/unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen.
Bei temperatursensiblen Produkten bestätige (n) ich/wir ausdrücklich, daß die Lagerung in meinem / unseren Verantwortungsbereich im vorgeschriebenen Temperaturbereich von 2°C - 8°C jederzeit gewährleistet war.

☐ es handelt sich um temperatursensible Arzneimittel (s. Besonderheiten S.2)

| Ort / Datum | Unterschrift/Stempel (zwingend erforderlich) |
|---|---|
| | |

Raem Pharma Großhandel GmbH

# RETOURENBELEG

gemäß DAW.III.17, Anlage 2

Raem Pharma Großhandel GmbH
Hunsrückstraße 87 in 47574 Goch-Pfalzdorf

Kunde

Datum

**Nur für interne Verwendung.**

Eingang am: innerhalb akzeptabler Frist? ☐ ja ☐ nein

| lfd. Nr. | Bezeichnung | Einheit | Menge |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

Ware kommissioniert durch LS Nr. und RG Nr. vom(Datum)

Prüfung der Verkehrsfähigkeit durch VP (Name)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Originalverpackung | • unbeschädigt | ☐ ja | ☐ nein |
| | • ungeöffnet | ☐ ja | ☐ nein |
| | • frei von Fälschungs-verdacht | ☐ ja | ☐ nein |
| | • ordnungsgemäß | ☐ ja | ☐ nein |
| Laufzeit | > 3 Monate | ☐ ja | ☐ nein |
| Herstellerangabe | = verkehrsfähig | ☐ ja | ☐ nein |

Musste die Originalverpackung zur Beurteilung durch die VP geöffnet werden? ☐ ja ☐ nein

(bei Kühlware erforderlich)

Ware wieder ordnungsgemäß durch VP in die Originalverpackung zurückgelegt: ☐ ja ☐ nein

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Reintegration Lager | ☐ Herstellerrückgabe | ☐ Gutschrift | ☐ Vernichtung |
| am _____ | am _____ | Datum _____ | Datum _____ |
| durch _____ | durch _____ | Unterschrift VP _____ | Unterschrift VP _____ |