

RETOUREN-ANMELDUNG

Einfach ausfüllen und per Fax an 06188- 99 37 373

<input type="text"/> Name der Apotheke	<input type="text"/> Stempel
<input type="text"/> Ansprechpartner	
<input type="text"/> BGA-Nummer	

Bitte veranlassen Sie die Abholung der Retouren am:

- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

Wunsch-
Abholdatum: _____
(Bitte mindestens 3 Tage Vorlaufzeit beachten)

Anzahl
Wannen: Wannen

Bitte um Zusendung von Kabelbindern mit der nächsten Bestellung

Bitte beachten Sie:

- BTM und Kühlware sind von der normalen Retoure ausgeschlossen
- Bitte beachten Sie unser Infoblatt „Hinweise zur Retoure“