

An
MEDELO Michael Longen e.K.
Im Gewerbegebiet 34
D-54344 Kenn

Per Fax an: **0049 / (0) 65 02 – 92 24 30** oder:

Per Email an: **vertrieb@medelo.de**

VAW-AZM 2.05-A
Stand: 01.03.2017

Warenrückgabe von **Arzneimittel** **Sterilgut**
zutreffendes bitte ankreuzen **Medizinprodukt**

Datum: _____

Produktinformation

Anzahl : _____ MEDELO Artikelnummer: _____

Hersteller-Artikelnummer: _____

Serien-/Chargen-Nr.: _____ Laufzeit: _____

Artikelbezeichnung: _____

LS-/RG-Nr.: _____ Kaufdatum: _____

Einsendegrund: _____

Wir bestätigen, dass

wir die Ware seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt haben und das die Ware unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat.

Die Sterilverpackung wurde nicht geöffnet und ist unversehrt.

zutreffendes bitte ankreuzen

Kunden-Kontaktdaten Email-Adresse: _____

Praxis (Stempel)

Unterschrift

+ Name (Druckbuchstaben)