

RÜCKSENDESCHEIN / RETOURE

Das Team der KPM ORTHO GmbH möchte Ihnen jederzeit einen kulantem und kundenfreundlichen Service bieten. Falls Sie mit einem Produkt, das Sie von KPM ORTHO bezogen haben, nicht zufrieden sind und zurücksenden möchten, beachten Sie bitte die folgenden Punkte:

- Rücksendungen sind innerhalb von 4 Wochen nach Kaufdatum bei unbeschädigter und ungeöffneter Originalverpackung möglich.
- Hygieneprodukte und Produkte, die einer Kühlvorgabe unterliegen, sind von einer Rücknahme leider ausgeschlossen.
- Rücksendungen bitte immer in einer geeigneten Versandverpackung und ausreichend frankiert zurücksenden.

Bitte legen Sie bei Rücksendungen dieses Formular ausgefüllt bei, Sie erleichtern uns die Bearbeitung. Vielen Dank!

ARTIKELNUMMER	BEZEICHNUNG	MENGE	CHARGE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Gründe für Ihre Rücksendung:

- Artikel wurde falsch geliefert
- Artikel wurde durch die Praxis falsch bestellt
- Artikel entspricht nicht unseren Vorstellungen
- Liefermenge stimmt nicht mit unserer Bestellmenge überein
- Lieferzeit überschritten
- Andere Gründe: _____
- Reklamation:** Für Reklamationen füllen Sie bitte umseitiges Formular aus

Datum / Unterschrift **Ihr Name** (in Druckbuchstaben) **Praxisstempel**

Retouren bitte frankiert an folgende Adresse senden:

KPM ORTHO GmbH
Retouren
Max-Liebermann-Str. 4
45768 Marl

Ergebnisse der internen Prüfung:

Ware geprüft: Datum: _____ Bearbeiter: _____

Rechnungsdatum/ Lieferscheindatum: _____

REKLAMATION / RETOURE

Wir möchten Ihnen schnell, kostengünstig und fehlerfrei die von Ihnen bestellte Ware liefern.
Falls Sie dennoch einen Grund zur Beanstandung haben, bitten wir um Rücksendung der fehlerhaften Ware.

Bitte legen Sie Ihrer Sendung unbedingt diesen ausgefüllten Reklamationschein bei, damit wir die Bearbeitung schnell und korrekt vornehmen können.

Nach unserer Prüfung werden wir Sie umgehend kontaktieren.

Bitte beachten Sie folgende Punkte:

- Rücksendungen bitte immer in einer geeigneten Umverpackung zurücksenden, um Beschädigungen auf dem Versandweg zu vermeiden.
- Bitte die Rücksendung ausreichend frankieren.
- Bitte fügen Sie eine Kopie der Kauf-Rechnung bei.

ARTIKELNUMMER	BEZEICHNUNG	MENGE	CHARGE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Reklamationsgrund / Beschreibung:

<hr/> Datum / Unterschrift			<hr/> Ihr Name (in Druckbuchstaben)	<hr/> Praxisstempel
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------

Retouren bitte frankiert an folgende Adresse senden:

KPM ORTHO GmbH
Reklamation
Max-Liebermann-Str. 4
45768 Marl