

Zur Abwicklung Ihrer Rücksendung benötigen Sie von uns eine RMA-Nummer.

Die Rücknahme der Ware kann nur mit **vollständig ausgefülltem RMA-Formular** erfolgen. Rücksendungen ohne RMA-Formular können nur unter Vorbehalt angenommen werden.

Falls wir nach dritter Anmahnung das RMA-Formular nicht von Ihnen erhalten, behalten wir uns vor, die retournierte Ware **kostenpflichtig** an Sie zurückzusenden.

1

Senden Sie das **vollständig ausgefüllte und unterschriebene** RMA-Formular als PDF-Datei per E-Mail an Ihre Kontaktperson bei Tekno-Medical.

2

Sie erhalten von uns **Seite 2 des RMA-Formulars** mit einer **RMA-Nummer** zurück.

3

Legen Sie das RMA-Formular mit RMA-Nummer und die vollständig ausgefüllte Dekontaminationsbestätigung der Rücksendung bei.

4

Kennzeichnen Sie die Retoure gut sichtbar mit der RMA-Nummer.

5

Wenn die Ware in der **Veterinärmedizin** eingesetzt war, **geben Sie dies bitte auf der Seite 2 an**, und kennzeichnen Sie die Retoure deutlich mit dem **Hinweis „VET“**. Hierfür können Sie den Vordruck auf Seite 3 verwenden.

Human- und veterinärmedizinische Produkte müssen **getrennt verpackt** retourniert werden!



Bitte beachten Sie folgende Hinweise:



Die Retoure erfolgt franko.

Bitte senden Sie Ihre Retoure **transportgerecht verpackt** an uns zurück. Für Transportschäden durch unzureichend verpackte Ware übernehmen wir **keine Haftung**.

Wir behalten uns vor, verunreinigte Ware kostenpflichtig an Sie zurückzusenden.

Unberechtigt reklamierte Ware senden wir kostenpflichtig an Sie zurück.

Die RMA-Nummer ist nur für die Rücksendung der Ware gültig; weitere Zusagen sind damit nicht verbunden.

Rücksendung an _____

Tekno-Medical Optik-Chirurgie GmbH
Sattlerstr. 11

78532 Tuttlingen
GERMANY

RMA-Nummer: (wird von Tekno-Medical ausgefüllt)	
---	--

Kundendaten (vom Kunden auszufüllen)		
Kunde:	Kd.-Nr.	
	Speditions-/ Importnummer	
Straße/Hausnummer:		
PLZ/Ort:		
Land:		
Ansprechpartner Kunde:		
Telefon:		
E-Mail:		

Wurde das Produktproblem an eine Behörde gemeldet? (Falls ja, bitte Kopie der Behördenmeldung beifügen.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Artikelnummer	Menge	LOT-Nummer(n) (*)	Rücksendegrund	Vet.



(*) ohne Angabe der LOT-Nummer(n) ist **keine Bearbeitung** durch Tekno-Medical möglich!

Ansprechpartner Kunde: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Geprüft Tekno-Medical: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

VET