Formular bei Lagerwertverlust

actrevo

actrevo GmbH, Großer Burstah 25, 20457 Hamburg

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an bestellung@actrevo.com oder Fax 040 228 64 81 99.

	Apotheke(n) -inhaber / Großhändler	LWV gesamt in €
Name:		
Straße:		
PLZ & Ort:	(Datum, Stempel, Unterschrift)	
(Ansprechpartner)		
(Telefonnummer für Rückfragen)	(E-Mail Adresse - Pflichtangabe)	

Lagerwertverlust

LWV-Datum, Bezeichnung, PZN	**Menge in Stück**	LWV/Stück in €

Es gelten die Bedingungen der zum Zeitpunkt der Retoureneinsendung gültigen Retourenregelung.

Hinweis: **Der LWV muss 14 Tage nach der offiziellen Bekanntmachung der Preissenkung durch die IFA per Mail an** bestellung@actrevo.com gemeldet werden, ansonsten verfällt der Anspruch.

Ort, Datum

Unterschrift/ Stempel