

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

	Apotheke/Großhändler	Grund
Name:		Bruch der Ware beim Transport von actrevo zum Kunden
Straße:		
PLZ & Ort:		
(Datum, Stempel, Unterschrift)		
(Ansprechpartner)		
(Telefonnummer für Rückfragen) (E-Mail Adresse - Pflichtangabe)		

Bezeichnung, PZN, Charge	Anzahl Packungen	Vernichtet am

Hiermit bestätigen wir die Vernichtung der oben angegeben Ware bei uns vor ORT!

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel