

actrevo GmbH, Großer Burstah 25, 20457 Hamburg

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an  
[bestellung@actrevo.com](mailto:bestellung@actrevo.com) oder Fax 040 228 64 81 99.**

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

Bezeichnung, PZN, Charge	Anzahl Packungen	Vernichtet am

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel