

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

	Apotheke/ Großhändler	Kontoverbindung oder Gutschrift (Pflichtangabe)
Name:		
Straße:		
PLZ & Ort:		
(Datum, Stempel, Unterschrift)		
(Ansprechpartner)		
(Telefonnummer für Rückfragen) (E-Mail Adresse - Pflichtangabe)		

Retoure

Bezeichnung, PZN, Charge,	Menge in Stück	Einkaufspreis/Stück

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

Warten Sie bitte auf die Genehmigung der Retoure unsererseits per Mail an die von Ihnen oben angegebene Mailadresse.

Erst danach senden Sie die Retoure per Post an actrevo GmbH, Nordersand 2, 20457 Hamburg

Die Vergütung wird nach Eingang der Ware innerhalb der nächsten 30 Tage auf das angegebene Konto erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel