



Sehr geehrter MEDCOMPANY - Kunde,

vielen Dank für Ihren Auftrag.

Sollte wider Erwarten ein Artikel nicht zu Ihrer Zufriedenheit ausfallen oder auf dem Transportweg beschädigt worden sein, so können Sie ihn entsprechend den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Firma Medcompany zurücksenden. Voraussetzung ist, dass Sie uns die Ware **unbenutzt** und in **einwandfreiem Zustand** in der **Originalverpackung** zurücksenden.

Bitte stimmen Sie die Rücksendung vorher telefonisch mit uns ab und legen Sie Ihrer Rücksendung den **Lieferschein** und den **ausgefüllten Rücksendeschein** (Rückseite) bei.

Bei offensichtlichen Transportschäden lassen Sie sich den Schaden bitte bei Annahme vom Transportunternehmen schriftlich bestätigen.

In jedem Fall melden Sie sich bitte unverzüglich bei uns.

Versteckte Transportschäden sind innerhalb von drei Tagen nach Warenerhalt zu melden.

Rufen Sie uns an: +43 1 946 28 38

Mit freundlichen Grüßen

Medcompany – PROTA GmbH

Keine unfreien Rücksendungen!

Achtung: Unfreie Rücksendungen werden nicht angenommen!

Rücksendeschein

An

Medcompany – PROTA GmbH
Wiener Straße 19
2432 Schwadorf

Bitte beachten Sie, dass bei Rücksendung trotz mangelfreier Lieferung Bearbeitungskosten in Höhe von 10% des Auftrages, mindestens jedoch €10,- vom Gutschriftsbetrag in Abzug gebracht werden! Unfreie Rücksendungen werden nicht angenommen!

Sonderanfertigung, Saison- und Abverkaufsartikel sowie nicht original verpackte bzw. verschlossene Präparate sind grundsätzlich vom Umtausch ausgeschlossen.

Liebe Kundin, lieber Kunde,

bitte melden Sie eine Rücksendung telefonisch an – Telefon **+43 1 946 28 38**, damit die weitere Vorgehensweise besprochen werden kann. Dann dieses Formular ausfüllen und der Sendung beilegen. Danke!

Rücksendegründe:

- ☐ Transportschaden
- ☐ Falschliefierung
- ☐ fehlerhaft / Qualitätsmangel
- ☐ Sonstiges _____

Bearbeitungswünsche:

- ☐ Umtausch
- ☐ Gutschrift
- ☐ Ersatzartikel

Artikel-Nr.	Menge	Bezeichnung	Bemerkung

Absender

Kundennummer: D_____

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift