

# Retourenregelung Apotheken

Stand 01.09.2019

## Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

das bekannte remedix-Servicepaket bietet Ihnen ein **100%iges\* Rückgaberecht** auf **direkt bei remedix bezogene, nicht kühlpflichtige Ware**. Falschlieferungen und beschädigte Anlieferungen sind innerhalb von **10 Tagen** zu reklamieren.

Um den Ablauf für Sie so komfortabel wie möglich zu gestalten, beachten Sie bitte folgende Punkte:

- ➔ Vervollständigen Sie das beiliegende Retourenavis und senden Sie es an die kostenlose Faxnummer:

**0 61 72 – 4999 1991**

**Der BTM-Abgabebeleg der ursprünglichen Lieferung muss vorliegen. Das Retourenavis muss vollständig ausgefüllt, gestempelt und unterschrieben sein!**

- ➔ Die Abholung erfolgt zeitnah, nach Fax-Eingang des ausgefüllten Retourenavis. **Der Zeitpunkt der Abholung wird Ihnen durch unser Service-Center mitgeteilt.**
- ➔ Die Pakete müssen bei Abholung durch unseren Transportdienstleister versandfertig, sachgerecht verpackt, ordnungsgemäß verschlossen und unbeschädigt bereitstehen.
- ➔ Für Rückgaben von **BTM** ist ein **BTM-Abgabebeleg (Empfangsbestätigung und Lieferschein)** nötig. Der Abgabebeleg ist von Ihnen ordnungsgemäß auszufüllen und zu unterschreiben. Bis auf das Lieferscheindoppel müssen alle Belege der Sendung beigelegt werden. Bitte legen Sie auch eine Kopie des remedix Lieferscheins bzw. der Rechnung der Rücksendung bei.

### \*Für 100%ige Erstattung bitte unbedingt beachten:

- Erstattungsfähig ist nur **direkt bei remedix bezogene**, unbeschädigte und im Originalzustand befindliche Ware.
- Das Sicherheitssiegel **muss unbeschädigt** sein.
- Die Seriennummer sowie der Barcode **müssen lesbar** sein.
- Die Ware muss im System verfügbar sein, die Seriennummer darf nicht deaktiviert sein.
- remedix-Produkte können **bis 3 Monate vor Verfall** retourniert werden.
- Die Erstattung richtet sich nach dem zum Retournierungszeitpunkt gültigen AEK/HAP und ist in der Höhe nach beschränkt auf den tatsächlich entrichteten Kaufpreis.
- Eigenmächtig eingesendete Retouren müssen gem. gesetzlicher Vorgabe abgelehnt und an den Absender zurückgesandt werden, da die Ware den Verantwortungsbereich der Apotheke verlassen hat und daher von der Retourenregelung ausgeschlossen ist.
- Bei einer Rücksendung der **direkt bei remedix bezogenen Ware** mit unvollständig ausgefülltem Avis (nicht vollständig ausgefüllt, unterschrieben oder gestempelt) oder ohne Rechnungskopie erfolgt eine Erstattung i.H.v. 80 % der vorgenannten Summe.

Nach Eingang der Ware und Prüfung durch unsere Retourenabteilung, erhalten Sie den Beleg der Rechnungskorrektur per Post. Der Betrag wird Ihrem Geschäftskonto gutgeschrieben.

Für Fragen steht Ihnen unser Serviceteam jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße aus Friedrichsdorf  
Ihr remedix-Team

**Retourenavis Apotheken**  
**FAX-Nr. 0 61 72 – 4999 1991**  
 Stand 09.02.2019

<b>Kundennummer:</b>	<b>Ansprechpartner Ihrer Apotheke, an den sich unser Transportdienstleister wenden kann</b>		
<b>Anzahl der abzuholenden Pakete:</b>	<b>Name:</b>	<b>Tel.-Nr.:</b>	
<b>Bankverbindung zum Überweisen der Rechnungskorrektur</b> (sofern kein SEPA Mandat erteilt)	<b>Bank:</b>	<b>BIC (BLZ):</b>	<b>IBAN (Kto.Nr.):</b>
<b>Grund der Retoure:</b>	<b>Bestellung</b>		<b>Lagerbereinigung</b>
	<input type="checkbox"/> Bestellfehler axicorp	<input type="checkbox"/> außer Handel/Vertrieb	<input type="checkbox"/> Reklamation/Produktmangel <input type="checkbox"/> Sicherheitssiegel beschädigt Sonstiges:
	<input type="checkbox"/> Bestellfehler Kunde		
	<input type="checkbox"/> Falschlieferrung	<input type="checkbox"/> kein Abverkauf	
	<input type="checkbox"/> Beschädigte Anlieferung	<input type="checkbox"/> Verfall	
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

**Bitte legen Sie dem Paket dieses Avis, den BTM-Abgabebeleg und die Kopie(n) der Rechnung(en) oder Lieferschein(e) bei !!!**

Rückgabe von: <i>Bitte Bezeichnung des Arzneimittels mit Stärke und Darreichungsform eintragen</i>					
PZN	Artikelbezeichnung/ Stärke/ Darreichungsform	Anzahl	Verwendbar bis	Chargenbezeichnung	Lieferschein- oder Rechnungsnummer

<b>Erklärung:</b>	<input type="checkbox"/> Die nachfolgende Erklärung trifft <u>nicht</u> zu
– Wir bestätigen, dass die Ware seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurde und den Verantwortungsbereich der Apotheke nicht verlassen hat. – Ware wurde sachgerecht verpackt und befindet sich in den Originalbehältnissen und in ordnungsgemäßem Zustand. – Kühlvorschriften lt. Packungsangaben wurden eingehalten.	

<b>Ort und Datum</b>	<b>Unterschrift und Apothekenstempel</b>