



Bitte vollständig ausfüllen und an [info@hecpharm.de](mailto:info@hecpharm.de) senden oder per Fax ( 030 3300 7723 ).

Bitte vernichten Sie die Ware verantwortungsbewußt. Der Gutschriftsbetrag wird nach Verfall überwiesen.

## RETOURENBEGLEITSCHIN

Apothekenstempel  
(Adresse & Tel.):

Belegnummer der Apotheke:

*Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen.*

Menge	Präparat	PZN	Charge	Retourengrund / Verfallsdatum	Preis

**Um Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, Ihre Bankverbindung u. Email Adresse anzugeben.**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN.: \_\_\_\_\_

Email Adresse: \_\_\_\_\_

**Die Ware wurde ordnungsgemäß vernichtet.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_