



Bitte vollständig ausfüllen und an 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. Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____