

RÜCKSENDEFORMULAR / RETURN FORM



Innovative Präzision
Made in Germany

Retouren bitte senden an /
Please send returns to:

OT medical GmbH
Heidenkampsweg 73
D-20097 Hamburg

Bei Fragen sind wir für Sie erreichbar
For further questions contact us:

Fon 0800 100 41 73
+49 421 5571610

Fax 0800 100 41 74
+49 421 55716195

E-Mail verkauf@ot-medical.de

Anschrift Kunde Customer Adress

Name *Name* _____

Straße *Street* _____

PLZ, Ort *Location* _____

Telefon *Phone* _____

E-Mail *e-mail* _____

Ansprechpartner *Contact* _____

Dieses Formular bitte ausgefüllt zusammen mit
einer **Rechnungskopie** der Ware beilegen! Danke!

Please attach this form with a **copy of the invoice** to
the goods! Thank you!

Ihre Kundennummer / Customer number

Art.-Nr. Article no.	Artikelbezeichnung Article description	Chargen- / Serien-Nr. Charge no. / serial no.	Verfall- datum Expiry date	Menge Amount	Retouren- grund *1 reason for return *1	*1 Retourengrund *1 Reason for return	
						101	Ware falsch bestellt <i>Incorrect ordered goods</i>
						103	Ware zur Auswahl bestellt <i>Selection delivery</i>
						201	Ware nicht bestellt <i>Not ordered goods</i>
						502	Falsche Ware geliefert <i>Incorrect delivered goods</i>
						506	Beschädigung der Verpackung <i>Damaged package</i>
						701	Transportschaden <i>transport damage</i>
						999	Sonstiges bitte erläutern <i>Miscellaneous</i>

Bemerkung / Comment

Ort / Location, Datum / Date

Stempel Stamp / Unterschrift Signature

Von OT auszufüllen <i>To fill in by Ot medical</i>	Bemerkung / Comment
Datum / Date	
Unterschrift / Signature	