

RÜCKSENDEFORMULAR / RETURN FORM



HI-TEC IMPLANTS

by condent

Retouren bitte senden an /
Please send returns to:

condent GmbH
Heidenkampsweg 75
D-20097 Hamburg

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

E-Mail sales@condent-service.de
 Hotline 0800 100 3 70 70
Fax 0800 100 3 70 71
 Hotline 0800 555 699
Fax 0800 4000 74
 Hotline 0800 88 44 77
Fax 0800 88 55 11

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

Anschrift Kunde Customer Address

Name *Name* _____

Straße *Street* _____

PLZ, Ort *Location* _____

Telefon *Phone* _____

E-Mail *e-mail* _____

Ansprechpartner *Contact* _____

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 Incorrect ordered goods
						103	Ware zur Auswahl bestellt Selection delivery
						201	Ware nicht bestellt Not ordered goods
						502	Falsche Ware geliefert Incorrect delivered goods
						506	Beschädigung der Verpackung Damaged package
						701	Transportschaden transport damage
						999	Sonstiges bitte erläutern Miscellaneous

Bemerkung / Comment

Ort / Location, Datum / Date

Stempel Stamp / Unterschrift Signature

Von condent auszufüllen
To fill in by condent

Datum / Date

Unterschrift / Signature

Bemerkung / Comment