



Bitte beachten Sie!

Für die **vollständige Retourenenerstattung** von Pharma Gerke-Produkten senden Sie uns bitte folgendes zu:

- Vollständig ausgefülltes Retouren-Avis (Seite 3) mit Unterschrift und Stempel
- bei Kühl-/kühlkettenpflichtiger Ware: Dokumentation der Temperaturbedingungen
- Rechnungskopie

Bitte **beachten Sie** im Übrigen unsere **Retourenregelung**

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen unter der Rufnummer **02181 / 29 71 - 0** oder der E-Mail **info@pharma-gerke.de** zur Verfügung.



100% Rückgaberecht*

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir gewähren Ihnen ein 100 % iges* Rückgaberecht unter den unten genannten Bedingungen. Falschlieferungen und beschädigte Anlieferungen sind innerhalb von 5 Tagen zu reklamieren. Um den Ablauf für Sie so komfortabel wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie, folgende Punkte zu beachten:

- Vervollständigen Sie zunächst das beiliegende Retourenavis. Bitte achten Sie dabei auf korrekte Angaben, insbesondere Rechnungsnummer, PZN, Menge und Chargenbezeichnung der zu retournierenden Ware. Zurückgeschickte Ware, die den Angaben auf dem Retourenavis nicht entspricht, kann nicht gutgeschrieben werden. Das Retourenavis muss vollständig ausgefüllt, gestempelt und unterschrieben sein.
- Das Retourenavis senden Sie bitte an die Faxnummer 02181/73902 oder per E-Mail an info@pharma-gerke.de.
- Sie erhalten von uns eine Retourennummer.
- Der Rücksendung sind eine Kopie der Rechnung und das Retourenavis (im Original) beizulegen. Bitte nicht ohne Retourennummer zurücksenden.
- Bei Kühl- und kühlkettspflichtiger Ware veranlassen wir die Abholung durch eine von uns beauftragte Spedition. Bei dieser Ware erfolgt eine Prüfung der Retoure erst, wenn uns im Anschluss an die Rücksendung per Mail an info@pharma-gerke.de eine Auswertung der Lagertemperaturen für den Zeitraum ab Auslieferung durch uns bis Anlieferung bei uns bzw. bis Übergabe an die von uns beauftragte Spedition vorgelegt wurde. Bei Nichteinhaltung der vorgeschriebenen Lagertemperatur oder einer unvollständigen Dokumentation können wir keine Gutschrift erteilen.
- Bei sonstiger Ware versenden Sie die Retoure unter Gewährleistung der vorgeschriebenen Lagerbedingungen sicher und gut verpackt, in stabilen Versandkartons und ausreichend frankiert an unsere folgende Adresse:

Pharma Gerke GmbH

Retourenabteilung / Retouren-Nr.: _____

Friedrich-Bergius-Straße 13

41516 Grevenbroich

→ *) Für 100%ige Erstattung bitte unbedingt beachten:

- Die Artikel können bis 20 Tage nach Auslieferung retourniert werden.
- Die Erstattung richtet sich nach dem zum Retournierungszeitpunkt gültigen Apotheken-Einkaufspreis/Herstellerabgabepreis und ist der Höhe nach beschränkt auf den tatsächlich entrichteten Kaufpreis. Etwaige Preissenkungen nach Kauf der zu retournierenden Arzneimittel können nicht geltend gemacht werden.
- Erstattungsfähig ist nur direkt bei Pharma Gerke bezogene, im Originalzustand befindliche, unbeschädigte (ohne Etikettenrückstände etc.) Ware.
- Generell kann eine Temperatúrauswertung über Transport, Lagerung und Handhabung jederzeit durch Pharma Gerke angefordert werden.
- Ware mit einem zum Retourenzeitpunkt kürzeren Verfalldatum als sechs Monate oder verfallene Ware kann nicht retourniert werden.
- Bei einer Rücksendung mit unvollständigem Avis (siehe oben) oder ohne Rechnungskopie erfolgt keine Erstattung. Auf Wunsch erhalten Sie von uns eine Vernichtungserklärung.
- Retouren, die uns unfrei frankiert oder beschädigt erreichen, werden nicht angenommen.

Retouren-Avis für Apotheken

Gültig ab 6. Oktober 2016
Version 6 / SOP EV-03

Fax-Nr.: 02181 / 7 39 02
E-Mail: info@pharma-gerke.de

→ **Kundennummer** (7-stellig): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Faxnummer: _____

Telefonnummer: _____

Retouren-Nummer: _____
(wird von Pharma Gerke mitgeteilt)

Grund der Retoure:

- kein Abverkauf Lieferzeitpunkt/Liefermenge
 Bestellfehler Pharma Gerke Kunde
 Sonstiges _____

! Legen Sie unbedingt dem Paket dieses ausgefüllte Avis und die Kopie(n) der Rechnung(en) bei!

Anzahl der Pakete: _____

Versand erfolgt mit: trans-o-flex trans-o-flex ThermoMed _____

Ihre Bankverbindung (zur Erstattung der Gutschrift):

Bank: _____ BIC: _____ IBAN: _____

Rückgabe von: Bitte Bezeichnung des Arzneimittels mit Stärke und Darreichungsform eintragen						
PZN	Artikelbezeichnung/Stärke/ Darreichungsform	Menge	Verwendbar bis	Chargenbe- zeichnung	Rechnungs- nummer	Rechnungs- datum

→ **Erklärung:**

- Wir bestätigen, dass die Ware seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurde, insbesondere hat sie den Verantwortungsbereich der Apotheke/des pharmazeutischen Großhandels (nicht Zutreffendes bitte streichen) nicht verlassen.
- Wir bestätigen, dass die Ware sich in den Originalbehältnissen und in ordnungsgemäßem Zustand befindet.

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift und Stempel