

## Antrag auf Retourensending von Medizinprodukten und/oder Arzneimittel

**Telefonnummer und E-Mail-Adresse sowie Lieferscheinnummer UNBEDINGT ANFÜHREN!**  
Bitte füllen Sie dieses Formular in **BLOCKBUCHSTABEN** pro Artikel aus und senden Sie es per Fax oder E-Mail an:

B. Braun Austria GmbH Frau Gabriele Jahn Otto Braun-Straße 3-5 2344 Maria Enzersdorf	Fax E-Mail	0043 2236 25117 gabriele.jahn@bbraun.com
---	---------------	---

**Abholadresse:**

Firma / KH:	<input type="text"/>	Abteilung:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Kunden- Nummer:	<input type="text"/>	Ansprech- partner	<input type="text"/>
Lieferschein- Nummer:	<input type="text"/>	LS-Datum:	<input type="text"/>

Materialbezeichnung:

Artikelnummer:       Chargennummer:

auf Palette:      ja       nein       Menge:

Rückgabegrund:

Bemerkungen:

**Hiermit bestätige ich, dass die oben angegebenen Daten richtig sind. Die Produkte sind in einwandfreiem und verkaufsfähigem Zustand.  
Die Produkte sind ungeöffnet in den Originalverpackungen, die weder beschriftet, beklebt oder verschmutzt sind.**

Ort, Datum

NAME BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN  
Stempel / Firmenmäßige Unterfertigung