

## **Retourenregelung für pharmazeutischen Großhandel und Apotheken**

**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

Bitte **vervollständigen** Sie das beiliegende **Retourenavis VOR Abholung bzw. Rücksendung** der Ware! Es muss **vollständig ausgefüllt, gestempelt und unterschrieben sein**. Senden Sie es:

Per **FAX** an: **07251 – 32197010**

oder

Per **E-MAIL** an: [pharmacosmos@health-logistics.com](mailto:pharmacosmos@health-logistics.com)

### **1. Allgemeine Voraussetzungen für Retouren**

- Die Abholung oder Rücksendung der Ware erfolgt zeitnah nach Fax- oder Maileingang des ausgefüllten Retourenavis.
- Der Abholung oder Rücksendung sind eine Kopie der Rechnung oder Lieferschein und das ausgefüllte Retourenavis (im Original) beizulegen.
- Die Retouren sind in einem festen Umkarton (d. h. keine Versandtasche!) zu versenden sowie ausreichend zu frankieren.
- Um einen kontrollierten Versand der Arzneimittel sicherzustellen, ist die Rücksendung mit einem qualifizierten Pharma-Logistikdienstleister - bevorzugt trans-o-flex - durchzuführen.
- Erstattungsfähig ist nur **direkt bei Pharmacosmos GmbH** bezogene, unbeschädigte und im Originalzustand befindliche **Ware**
- Das Sicherheitssiegel **muss unbeschädigt** sein
- Die Seriennummer sowie Barcode **müssen lesbar** sein
- Die Seriennummer darf **nicht deaktiviert** sein

### **2. Gutschrift einer Retoure**

- Die Vergütung der Retoure richtet sich nach dem zum Retournierungszeitpunkt gültigen AEK/HAP und ist in der Höhe beschränkt auf den tatsächlich entrichteten Kaufpreis nach Abzug aller gewährten Preisnachlässe.
- Direkt bei uns bezogene Ware, die an uns eingesandt wird:
  - deren Restlaufzeit bei Wareneingang in unserem Haus noch mehr als 6 Monate beträgt, wird gemäß erstem Punkt gutgeschrieben.
  - deren Restlaufzeit bei Wareneingang in unserem Haus noch 3-6 Monate beträgt, wird zu 50 % gutgeschrieben.
  - deren Restlaufzeit bei Wareneingang in unserem Haus noch mind. 1 Monat beträgt, wird zu 25 % gutgeschrieben.
- Eigenmächtig eingesendete Retouren müssen gem. gesetzlicher Vorgabe abgelehnt und an den Absender zurückgesandt werden. Bei unvollständig ausgefülltem Avis oder fehlender Rechnungs- bzw. Lieferscheinkopie wird die Erstattung um 20% gekürzt.
- Lagerwertverlustausgleiche aufgrund von Preisänderungen werden nicht durchgeführt.

**Bitte senden Sie Ihre Retouren an folgende Adresse:**

Health Logistics GmbH  
Vichystr. 14  
76646 Bruchsal

Telefon Service Center: +49 (0)7251 321970-20  
Fax Service Center: +49 (0)7251 321970-10  
E-Mail: [pharmacosmos@health-logistics.com](mailto:pharmacosmos@health-logistics.com)

**Retourenavis pharmazeutischer Großhandel/Apotheken  
 pharmacosmos@health-logistics.com oder 07251-32197010 (Fax)**

Kundeninformation		Retoureninformation	
Kundennummer (6-stellig):		Rücksendenummer:	Anzahl Pakete:
<b>Ansprechpartner/in Retourenabteilung</b>		<b>*Nr. des Retourengrunds bitte unten, hinter die jeweilige Position eintragen!</b>	
Name, Vorname:		1. Transportschaden (bitte <b>Fotos</b> mit senden)	
Telefonnr.:		2. Falschlieferung	
Fax Nr.:		3. Verfall	
		4. Sonstiges: _____	
		5. Reklamation/Produktmangel – Grund: _____	

**WICHTIG: Bitte legen Sie dem Paket dieses Avis und die Kopie der Rechnung oder Lieferschein bei! Bitte füllen Sie das Retourenavis vollständig aus, um eine zügige Bearbeitung zu gewährleisten**

PZN	Artikelbezeichnung/Stärke	Anzahl	Verfall	Charge	Lieferschein- oder Rechnungsnummer	*Retourengrund

**Erklärung:**  Die nachfolgende Erklärung trifft nicht zu.

- Wir bestätigen, dass die Ware seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurde und den Verantwortungsbereich der Apotheke/des pharmazeutischen Großhandels nicht verlassen hat.
- Die Ware sachgerecht verpackt und sich in den Originalbehältnissen und in ordnungsgemäßigem Zustand befindet.

Ort und Datum	Unterschrift und Stempel