Antrag zur Warenrücksendung

Für eine zügige Abwicklung Ihrer Rücksendung, füllen Sie bitte diesen Antrag **vollständig** aus und senden diesen an unseren Kundenservice, **Fax-Nr**.: 02622 86101-21; **E-Mail Adresse**: office@koloszar.at

|  |
| --- |
| *Für* ***Ware*** *aus Lieferungen/Rechnungen älter als 12 Monate ist keine Rücknahme möglich.**Wir weisen Sie darauf hin, dass vereinnahmte Ware nicht wieder an Sie zurückgesendet werden kann.* |
| *Bei irrtümlichen Bestellungen, sowieso keiner Verwendung der Ware, fällt in den* ***ersten 6 Wochen*** *ein Abschlag von 5% an. Nach Ablauf dieser Frist erheben wir einen* ***Abschlag von 30%****.* |

|  |
| --- |
| **Ihre Angaben zur Rücksendung (zwingende Angaben \*):** |
| **Kunden-Nr.:** |  |
| **Kundenname:\*** |  |
| **Straße:\*** |  |
| **PLZ, Ort:\*** |  |
| **Fax / E-Mail:\*** |  |
| **Abteilung/Empfang:**Wo genau abholen? |  |
| Dortiger**Ansprechpartner:\*** |  |
| **Telefon-Nr.:\*** |  |
| **Abholdatum:****(frühestens 2 Tage nach Antragsstellung)** |  |

**Kaufware zur Rückgabe/Grund:**

Fehlbestellung seitens des Kunden

 Falscher Artikel zu viel doppelt bestellt keine Verwendung/Auswahlsendung

Fehllieferung seitens kmt koloszar medizintechnik GmbH

 Falscher Artikel zu viel doppelt bestellt falscher Kunde ausgewählt

Sonstige Gründe:

Hiermit bestätige ich, dass die Ware originalverpackt, ungeöffnet, nicht beschädigt, nicht beschriftet, nicht beklebt, nicht verschmutzt, keine Sonderanfertigung, länger als 6 Monate haltbar und nicht temperatursensibel ist.

dfgdafsdf

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Artikel Nr. | Anzahl | Lieferscheinnummer(alternativ Lot-Nummer) |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **Anzahl bereitgestellte Pakete:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ggf. separate Auflistung beifügen

Keine Rücknahme von angebrochenen Boxen