

Bitte benutzen Sie unbedingt dieses Retouren Formular, damit Ihnen die Gutschrift für die retournierte Ware zeitnah ausgestellt werden kann.
 Bitte füllen Sie alle Pflichtfelder aus und schicken dieses Formular per Mail an: Dental: CSDentalDE@gaba.com / Pharma: CSPharmaDE@gaba.com /
 Kundenservice Großhandel: e-Mail: Kundenservice_GH@gaba.com



RETOURENSCHEIN

GEODIS CL Germany GmbH
Anmeldung an Tor 1/Wareneingangsbüro
Hugo-Eckener-Straße 21
50829 Köln

| | |
|--------------------------|-----------|
| Kunden-Nr.: | GA |
| Rechnungs-Nr.: | |
| Lieferschein-Nr.: | |
| Firma/Name: | |

Bitte die Ware in einer **Umverpackung** versandbereit halten. Ware ohne Umverpackung kann nicht retourniert werden.

Rücksendedetails:

| Art-Nr. | Bestellmenge | Liefermenge | Retournierte Menge | Retouren-Grund* |
|--|--------------|-------------|--------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Anzahl zu retournierender Pakete/ Umkartons/ Packstücke*: | | | | |

***Bitte geben Sie einen der aufgeführten Rücksendegründe an:**

- | | |
|---|--|
| R01 - Auftragserfassungsfehler CP Gaba GmbH | R08 - Liefermenge und Bestellmenge stimmen nicht überein |
| R02 - Qualitäts-/ Produktmängel | R09 - Transportschaden (Bitte im Bemerkungsfeld spezifizieren) |
| R04 - Auftragserfassungsfehler Kunde | R13 - Sonstiges (Bitte im Bemerkungsfeld spezifizieren) |

Bitte machen Sie zusätzlich folgende Angaben:

- Ich bestätige, dass die retournierten Produkte bei mir ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurden.
 - Ich bestätige, dass die retournierten Produkte meinen Einflussbereich nicht verlassen haben.
- Bitte machen Sie im Bemerkungsfeld ggf. auf eingeschränkte Verkehrsfähigkeit der Produkte aufmerksam.

Bemerkungen (für Paletten-Retoure bitten wir Sie, hier einen Kontakt-Namen und eine Telefonnummer anzugeben)

Rücksendung oder Umtausch gelieferter Ware kann – soweit nicht entsprechende Mangelhaftungsansprüche bestehen – nur nach vorheriger Vereinbarung erfolgen; andernfalls können wir die Annahme der Rücksendung verweigern. Bei zurückgenommener Ware wird der bereits gewährte Rabatt in Abzug gebracht. Eine erforderliche Überarbeitung wird ebenfalls kosten pflichtig verrechnet.

Datum: _____

CP Gaba GmbH
 Beim Strohhouse 17
 20097 Hamburg

Kundenservice Dental
 Tel. 040 7319 0125
 Fax 0180 510 129025

Kundenservice Pharma
 Tel. 040 7319 0126
 Fax 0180 510 129026

Kundenservice Großhandel:
 E-Mail: Kundenservice_GH@gaba.com
 Tel. 00800 21422201