



## Rücksendung

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
eMail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_  
Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_  
Lieferung erhalten am: \_\_\_\_\_  
Art der Rücksendung:

- Falschbestellung       Mängel an der Ware  
 Werte änderten sich       Nichtgefallen

### Abholadresse

Vor- / Name: \_\_\_\_\_  
Firma / Zusatz: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus. Achten Sie dabei auf korrekte Angaben der Ware, die Sie zurücksenden möchten. Bei Mängeln an der Ware, beschreiben Sie diese als Bemerkung. Ein Umtausch / Erstattung bei Kontaktlinsen ist nur mit Originalverpackung möglich.

**FAX 03447 – 513 446**

Gewünschter Abholtermin: \_\_\_\_\_  
Abholtermin muss mindestens 2 Werktage nach Absenden des Formulars sein!

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

	Artikel	Werte	Menge
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

### Bemerkungen

---

---

---