



Formulaire de retour

À : **one-provide ag**
C/O MEDISYN SA
Sternmatt 6
6010 Kriens
Tél. 058 400 16 16

De :

Tampon du cabinet médical :

Numéro de client :

Technique

Stock

À l'att. de _____

Marchandise réfrigérée

Date: _____

Interlocuteur cabinet médical : _____

Confirmation

- Je confirme que la marchandise retournée a été entreposée conformément aux directives depuis la livraison et qu'elle n'a pas quitté mon domaine de responsabilité.

Type de retour

Motif du retour

Par coursier

Mauvaise livraison

Mauvaise commande

Livraison défectueuse

Par la poste

Rappel de lot

Tout pour l'élimination

Conformément à l'accord avec : _____

Marchandise / appareils retournés

Quantité	Désignation du produit	Numéro du bon de livraison	Date de livraison

Remarques

Entretien téléphonique souhaité
