



## Rücksende-Formular

An: **one-provide ag**  
**Gewerbestrasse 3**  
**8500 Frauenfeld**  
**Tel. 058 400 16 16**

Von:

**Praxisstempel:**

**Kundennummer:**

Technik

Lager

z. Hd. von \_\_\_\_\_

**Kühlware**

Datum: \_\_\_\_\_

Kontaktperson Praxis: \_\_\_\_\_

### Bestätigung

Ich bestätige, dass die retournierte Ware seit der Lieferung vorschriftsgemäss gelagert wurde und meinen Verantwortungsbereich nicht verlassen hat.

### Rücksendungsart

### Grund der Rücksendung

Per Kurier

Falsche Lieferung

Falsche Bestellung

Defekte Lieferung

Per Post

Chargenrückruf

Alles zur Entsorgung

Gemäss Vereinbarung mit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Zurückgesendete Ware / Geräte

Menge	Produktebezeichnung	Lieferschein-Nr.	Lieferdatum

### Bemerkungen

Telefonische Rücksprache erwünscht

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_