

Rückgabeformular Arzneimittel

Eine Rücknahme von Arzneimitteln ist nur möglich, wenn dieses Formular ordnungsgemäß ausgefüllt der Ware beiliegt.

SERIMED GmbH & Co. KG
Am Waldstadion 5, 07937 Zeulenroda-Triebes
Telefon: +49 (0)36628 / 677-0
Telefax : +49 (0) 36628 / 677-77
E-Mail: info@serimed.com

Kundenangaben

Name: _____

Anschrift: _____

Kunden-Nr.: _____

Nach §4a Satz 4 AM-HandelsV ist eine Rücknahme von Arzneimitteln nur möglich, aus Betrieben und Einrichtungen, die über eine Erlaubnis nach § 52a des Arzneimittelgesetzes oder nach dem Apothekengesetz verfügen oder die sonst zur Abgabe an den Verbraucher berechtigt sind.

Hiermit bestätige ich, dass:

- Ware wurde ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt und hat meinen Verantwortungsbereich nicht verlassen.
- Ware ist originalverpackt, Verpackung ist nicht beschädigt.
- Die vorgeschriebenen Lagerbedingungen wurden eingehalten
- Arzneimittel hat eine Mindesthaltbarkeit von mehr als 3 Monaten

Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge	Rechnungs- / Lieferschein-Nr.

 Ort, Datum

 Stempel / Unterschrift