

PALAUTUSLOMAKE

Asiakkaan nimi	Asiakasnumero
Asiakkaan toimitusosoite	

Laskun nro.	Vnr nro.	Tuotenimi/-nimet	Eränumero	Määrä	Syy-koodi	Säilytysolosuhde (H,V,K)

H= Huoneenlämpö (15-25°C)

V= Viileä (8-15 °C)

K=Kylmä (2-8 °C)

Palautuksen syy:

- M1 Tuotevirhe/tuotevirhe-epäily
M2 Viallinen tuote*
M3 Asiakkaan tilausvirhe
M4 Kuljetusvaurio
M5 MMF:n toimitusvirhe*
M6 Myyntiluvan umpeutuminen
M7 Palautuspyyntö tuotteen päämieheltä*
M8 Vanhentunut tuote/ kesto aika liian lyhyt
M9 Muu syy *

Lisäselvitykset*:

Vakuutan, että olemme käsitelleet ja säilyttäneet palautettavia tuotteita asianmukaisesti ja oikeassa lämpötilassa.

Lähtäjän nimi, päivämäärä ja allekirjoitus:	Palautunut tukkuun (pvm +allekirjoitus):

Magnum Medical Finland Oy
Heidehofintie 2, 01300 Vantaa

Puh: 020 759 8897
Fax: 020 759 8890

Email: info@magnummedical.fi