

# Warenrücksendung / Reklamanation

(bitte ausfüllen und in die Rücksendung legen)

Name: ..... Datum: .....

Bestellnr. bzw. Rechnungsnr.: .....

Rücksendegrund: .....

.....  
.....  
.....  
.....

----- ✂ ----- Rücksendeetikett – bitte ausschneiden ----- ✂ -----

Absender

.....  
.....  
.....  
.....

ARDMED Medical Supplies  
- Warenrücksendung -  
Breite Str. 10  
40670 Meerbusch