GALDERMA

EST. 1981

Galderma Laboratorium GmbH, Toulouser Allee 23a, D-40211 Düsseldorf

Retourenbegleitschein

Firmenname	
Ansprechpartner	
GAL Kundennummer*	DE
GAL Auftragsnummer	A
GAL Rechnungsnummer	2

Ihr Zeichen	

Produkt*	PZN*	Charge*	Menge*

*zwingend erforderliche Angaben. Ohne Angabe kann keine Bearbeitung erfolgen

Mit meiner Unterschrift wird bestätigt, dass die aufgeführten und zurückgesandten Waren seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurden, insbesondere unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen haben.

_____ _____

Datum, Unterschrift Stempel

Bitte legen Sie dieses Dokument Ihrer ausreichend frankierten Rücksendung bei

Eine Vorab-Anmeldung ist nicht erforderlich – außer bei einer Reklamation!

DVG – GALDERMA Lager – Retourenabteilung, Konrad-Zuse-Str. 24-32 (Tor17-24), 41516 Grevenbroich