FORMULARIO PER CONDIZIONI DI RITORNO MERCE

Nome fornitore: _____ **N° fornitore:** _____

Tipo di rimborso:
- ☐ (0) Nessuna ripresa
- ☐ (1) Nota di credito
- ☐ (2) Sostituzione merce

Ritorni clienti:
- ☐ (1) Tramite grossista
- ☐ (2) Tramite rappresentante in farmacia
- ☐ (3) Direttamente al fornitore
- ☐ (4) Tramite grossista, in accordo con il rappresentante

Prodotti con trattamento standard

Termine di ripresa per merce consegnata danneggiata / non ordinata _____ Giorni dalla consegna

Garanzia di ripresa per merce consegnata con scadenza < 6 mesi : ☐ Sì ☐ No

Termine di ripresa per prodotti con data di scadenza : _____ Mesi dopo la scadenza del prodotto
_____ Mesi prima della scadenza del prodotto

% di bonifico: _____%

Termine di ripresa per prodotti "fuori commercio": _____ Mesi dopo l'annuncio « fuori commercio »

% di rimborso: _____%

Prodotti con trattamenti specifici (es. prodotti frigo e altri):

P.f. allegare la lista dei prodotti concernenti, comprese le condizioni !

Persona di contatto c/o il fornitore: _____

E-Mail: _____

N° di telefono / N° fax : _____ _____

Indirizzo di ritorno merce:
- ☐ (1) Identico all'indirizzo di ordinazione
- ☐ (2) Altro indirizzo:

_____
_____
_____

UFD procede all'eliminazione per conto del fornitore: ☐ Sì ☐ No

Osservazioni:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Luogo, data: _____ **Firma del fornitore :** _____

Luogo, data: _____ **Firma dell'acquirente :** _____