

Retourenvereinbarung

PHOENIX



PHOENIX Pharmahandel GmbH & CO. KG

Herstellernr. _____

Retourenadresse

Hersteller/Logistiker _____

Hersteller _____

Straße _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Telefonnr. _____

Faxnr. _____

Kontaktperson _____

E-Mail Adresse _____

Phoenix Kunden - Nr. _____

Datum: _____

| | Retourengrund | Beschreibung | Vergütung in % ^{1,2} |
|----|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| 1 | WE Lieferfehler (Falschlieferung) | 8 Arbeitstage nach Feststellung | 100% |
| 2 | WE Bruch (Transportschäden) | 8 Arbeitstage bei offenen Transportschäden 14 Arbeitstage nach Feststellung bei verdeckten Transportschäden | 100% |
| 3 | Rückruf GH-Ware | | 100% |
| 4 | Verfall | Ab 6 Monate vor Verfall bis 3 Monate nach Verfall | 100% |
| 5 | Außer Handel/ Außer Vertrieb | | 100% |
| 6 | Übervorrat | | 100% |
| 7 | Rückruf Apo-Ware | AEP + 10% Bearbeitungsgebühr | 110% |
| 8 | Lagerbruch | | 100% |
| 9 | Erstbevorratung | Bis 6 Monate nach Anlieferung | 100% |
| 10 | Preisdifferenz (Lagerwertverlust) | Zum Stichtag | 100% |

¹ Die Transportkosten der Retoure sind vom Lieferanten zu tragen

Stand: August 2022

² Erstattung erfolgt in Form einer Gutschrift abzgl. Rabatte innerhalb von 30 Tagen.

Datum, Unterschrift PHOENIX

Datum, Unterschrift Lieferant/Hersteller