

RMA: _____

Kunden Nr.: _____

Retouren Anschrift:

Tauro-Implant GmbH
Gebäude B - Rückseite
z. Hd. Herr Springer
Porschestraße 4
D – 21423 Winsen (Luhe)

Kundenanschrift / Stempel:

Grund der Retoure: _____

Rechnungs-Nummer /-datum: _____

PZN	Artikelbezeichnung	Menge	Haltbarkeit *

*Bitte beachten Sie, dass die Ware mindestens 6 Monate haltbar sein muss.

Bankverbindung für die Rücküberweisung:

DE					
----	--	--	--	--	--

Bitte achten Sie darauf, dass die Ware sicher verpackt und ausreichend frankiert versendet wird.

Für die Warenrücknahme berechnen wir eine Handling-Pauschale in Höhe von 10% des Netto-Warenwertes.

