

Widerrufs- und Rücksendeformular



Medicare

by Britta Gabriel GmbH

Magistratsweg 140
13591 Berlin

Für alle Medicare-Onlineshops - bitte ausgefüllt der Rücksendung beilegen.

1. Ihre Daten

Vorname und Name *

Firma / Einrichtung (optional)

Straße und Hausnummer *

PLZ und Ort *

E-Mail oder Telefon für Rückfragen

Datum

Rechnungs- / Auftragsnummer

Kundennummer

2. Welche Rücksendung liegt vor?

- ☐ Komplette Rücksendung / Widerruf
- ☐ Teilerücksendung einer Auswahlendung
- ☐ Neubestellung gewünscht

Rücksendekosten kurz erklärt

Komplette Rücksendung / Widerruf: Bitte ausreichend frankieren - die Rücksendekosten tragen Sie selbst.

Teilerücksendung einer Auswahlendung: kostenfrei mit unserem DHL-Label aus dem Retourenportal.

3. Retourenportal & Hinweise

- 30 Tage Rückgaberecht für unbenutzte, saubere und vollständige Artikel.
- Unser Retourenportal ist freiwillig und ein Serviceangebot, das Ihnen die Rücksendung erleichtern soll.
- Sie können selbst entscheiden, mit welchem Versanddienstleister Sie zurücksenden.
- Bei Teilerücksendungen einer Auswahlendung ist der Rückversand mit unserem DHL-Label aus dem Retourenportal kostenfrei.

Pflegeoverall24

www.pflegeoverall24.de/retourensendingen

Verbandschuhe

www.verbandschuhe.com/retourensendingen

Patientenfixierung

www.patientenfixierung.de/retourensendingen

4. Artikel, die Sie zurücksenden

Artikelnummer / Artikelname	Menge	Größe	Farbe	Rücksendegrund

5. Platz für Ihre Neubestellung

Gewünschter Artikel	Menge	Größe	Farbe	Bemerkung

Wichtig: Die Verwendung dieses Formulars ist freiwillig. Alternativ können Sie Ihrer Rücksendung auch eine Rechnungskopie oder einen kurzen Hinweis mit Auftrags-, Rechnungs- oder Kundennummer beilegen.

Rücksendeadresse: Medicare by Britta Gabriel GmbH, Magistratsweg 140, 13591 Berlin