

Retourenregelung für den Großhandel

gültig ab 01.05.2022

Nachfolgende Möglichkeiten einer Retoure stehen Ihnen als Großhändler zur Verfügung:

Variante A: Retouren per Rücksendungen

Lagerbereinigung ab 6 Monaten vor Verfall (Verfallene Ware wird nicht erstattet)	50 % des Rechnungsbetrages als Gutschrift (unter Angabe von Lieferschein- oder Rechnungsnummer)
Ware, die außer Handel gemeldet ist	100 % des Rechnungsbetrages als Gutschrift
Transportschäden, Fehl-/ Falschlieferung, welche durch Pascoe verursacht wurden	100 % des Rechnungsbetrages als Gutschrift (unter Angabe von Lieferschein- oder Rechnungsnummer)
Ware, deren Verfalldatum bei Auslieferung weniger als 6 Monate beträgt	100 % des Rechnungsbetrages als Gutschrift (unter Angabe von Lieferschein- oder Rechnungsnummer)

Produkte, deren Verfallsdatum bereits überschritten sind, werden nicht erstattet.
Sie erhalten auf Wunsch ein entsprechendes Vernichtungsprotokoll.

Für die Retourenabwicklung benötigen wir die Ware, einschließlich der Faltschachtel sowie Lieferschein-oder Rechnungsnummer.

Bitte senden Sie diese an folgende Adresse:

Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH
Retourenabteilung
Europastr. 2/Einfahrt Netanyastraße
35394 Gießen

Wir bitten um Verständnis, dass wir die Portokosten nicht erstatten.

Variante B: Retouren per Vernichtungsprotokoll

Bitte nutzen Sie **ausschließlich** das von Pascoe angefügte Vernichtungsprotokoll und füllen Sie dieses **ordnungsgemäß** und **vollständig** aus.

Desweiteren benötigen wir immer ein Foto der Ware, auf dem Verfall und Charge erkenntlich sind.

Gerne können Sie uns dieses per Mail an apothekenteam@pascoe.de oder per Fax an **0641/7960-7276** senden.

Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH

Vernichtungsprotokoll

Hiermit wird bestätigt, dass die nachgenannten Arzneimittel in der Gegenwart von zwei Zeugen in einer Weise vernichtet wurden, die eine auch nur teilweise Wiedergewinnung der Arzneimittel ausschließt sowie den Schutz von Mensch und Umwelt vor schädlichen Einflüssen berücksichtigt:

Datum der Vernichtung (TTMMJJ)

Name und vollständige Anschrift der Firma (ggf. Stempel)

Lieferschein- oder Rechnungsnummer	Produktbezeichnung	Pharmazentralnummer (PZN)	Anzahl (max. 5 Stellen)	Charge	Verfall	Einkaufspreis lt. Rechnung	Packungseinheit gem. PZN	Maßeinheit kg/g/mg/St.
							X	
							X	
							X	
							X	
							X	
							X	
							X	

Vernichtung wurde durchgeführt von

1. Zeuge

2. Zeuge

Vor- und Nachname

Vor- und Nachname

Vor- und Nachname

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift