

Vorsprung
durch Service!



TransPak
VERPACKUNGSMITTEL BUNDESWEIT

TransPak AG
Versandzentrum
Mittelbiel 4
35606 Solms

Retourenschein

Datum der Retoure:	
Kundennummer:	
Rechnungs-Nr:	
Vor- & Nachname:	
Straße/Hausnr.:	
PLZ /Ort/Land:	
E-Mail Adresse:	
Telefon:	

ZURÜCKGESENDETE(R) ARTIKEL

Artikel-Nr.	Menge	Bezeichnung	Grund

RÜCKSENDUNGSGRÜNDE

- 11 - Falschen Artikel erhalten
- 12 - Defekten Artikel erhalten
- 13 - Ware kam nicht rechtzeitig an
- 14 - Qualität der Ware ungenügend
- 15 - Ware entspricht nicht der Beschreibung
- 16 - Ware beschädigt
- 17 - Sonstiges

Bitte legen Sie dieses Formular Ihrer Rücksendung bei.

- intern: Nur durch TransPak Warenannahme auszufüllen -			
Lager	<input type="checkbox"/> VZ	<input type="checkbox"/> ZL	<input type="checkbox"/> Industrie
Datum Wareneingang:		Mitarbeiter: _____	
Ware offensichtlich defekt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bemerkung:			