

Widerrufsformular



Medicare

by Britta Gabriel GmbH
Magistratsweg 140
13591 Berlin

BITTE TRAGEN SIE HIER IHRE ABSENDERDATEN EIN:

VORNAME & NAME: _____

GGF. FIRMA / EINRICHTUNG: _____

STRASSE / HAUSNR. _____

PLZ ORT: _____

DATUM: _____

IHRE RECHNUNGSNUMMER: _____ **IHRE KUNDENUMMER:** _____

Wichtige Hinweise zu Ihrer Warenrücksendung an uns:

Sie genießen bei uns stets ein 30 tägliches Umtausch & Rückgaberecht. Dies beinhaltet, aus hygienischen Gründen, nur unbenutzte Artikel. Sollten Ihnen die gelieferten Artikel nicht gefallen oder die Größe unpassend sein, nehmen wir diesen uneingeschränkt zurück.

Um die Rücksendung für Sie und uns so leicht wie möglich zu machen, legen Sie bitte diesen Schein, ausgefüllt bei, so kann Ihre Sendung schnell und zweifelsfrei bearbeitet werden.

Weitere Informationen zu Retourensendungen und Paketscheine finden Sie auch in unserem Retoureportal unserer Onlineshops, diese finden Sie hier:

www.pflegeoverall24.de/retourensendungen:



Für Ihre Rücksendung bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

Komplette Rücksendung:

Bitte ausreichend frankieren, die Rücksendekosten tragen Sie in diesem Fall selbst.

www.verbandschuhe.com/retourensendungen:



Teilrücksendung / Umtausch (Auswahlsendung):

Wir übernehmen die Rücksendekosten – das Rücksendetikett können Sie bequem online über unseren Shop erstellen

BITTE TRAGEN SIE HIER IHRE ARTIKEL EIN, WELCHE SIE AN UNS ZURÜCKSENDEN:

ARTIKELNUMMER	MENGE	GRÖSSE	FARBE	RÜCKSENDEGRUND
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PLATZ FÜR IHRE NEUBESTELLUNG / UMTAUSCH:

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____