

Rückgabeformular

Firmenname / Firmenstempel:	Ihre Kundennummer:
	Ansprechperson:
	Datum:

Bitte senden Sie uns für eine Gutschriftenanfrage folgendes zu:

1. dieses **Formular** (komplett ausgefüllt)
2. die **Contactlinsen** mit dem **dazugehörigen Etikett**
3. eine Kopie des entsprechenden **Lieferscheins**

Alle geltenden Rückgabekonditionen finden Sie in unseren AGB's auf unserer Website:

www.medilens-saentis.ch

Lot-Nr. der retournierten CL:	Lot-Nr. der Nachfolge-CL: *	Referenz:	Lieferschein-Nr.:	Rückgabegrund: **

*falls vorhanden

**Anforderungen der MDR

Falls Sie Fragen haben, zögern Sie nicht uns zu kontaktieren.

+41 71 227 10 10

info@medilens.ch