

# VEVŐI REKLAMÁCIÓS ÉS VISSZÁRU KÍSÉRŐLAP

## SALUS GYÓGYPONT

VEVŐKÓD:

VEVŐ neve: .....

címe: .....

telefonszáma: .....

számlaszáma:  -  -

kapcsolattartó neve: .....

A reklamált termék vagy számla azonosítói:

Szállítás dátuma	Termék neve / a Számla száma	Megrendelt mennyiség	Szállított mennyiség	Számlázott mennyiség	Visszárak mennyisége

Visszaküldés oka:

Téves rendelés  Téves rendelésvétel  Téves számlázás  Téves csomagolás

Törött / Szennyezett áru  Nem működő termék  Rövid lejáratú határidő

Egyéb kifogás : .....

Árucserét kérek  Jóváírást kérek  Javítást kérek

Dátum:

.....

Vevő / képviselő aláírása

SALUS GYÓGYPONT tölti ki:

Átvétel dátuma: 20.....

Úrlap nyilvánt. száma: ...../ 2023.

A reklamáció esetleges elutasításának oka: .....

GYÓGYPONT vezető aláírása

A SALUS GYÓGYPONT Áruház a vevő partnerei részére biztosítja, hogy a tőle vásárolt termékeket visszaveszi a viszonteladóitól.

- A minőség hibás vagy mennyiségi eltérés esetére a 3 munkanapon belüli visszaküldésre a **jelenlegi csomagcserés gyakorlat folyamata változatlan** marad! A vevőszolgálatnak adott jelzés után GLS címkét küldünk a térítésmentes visszaküldés érdekében.
- A SALUS GYÓGYPONT Áruház a vevő partnerei részére méltányossági alapon biztosítja, hogy a tőle vásárolt **gyógyászati segédesszközöket** 1 hónapban 1 alkalommal, szállítási költség mentesen visszaveszi a viszonteladóitól. Ez azonban **csak azon árukra vonatkozik, melyeket 30 napon belül vásároltak** a SALUS GYÓGYPONTTÓL és kizárólag **gyógyászati segédesszközökre** érvényes. **NEM** vonatkozik élelmiszerre háztartási és vegyi árura, a megrendelés időpontjában kifutó termékre.

Közölni kell mi a visszaküldés oka, melyik szállítmányunkban, melyik számlával kapta meg.

A megadott információk alapján a munkatársunk küldi el a következő szállítmánnyal a csomagcserés GLS címkét, mely biztosítja a vevő részére térítésmentes csomagküldést.

Függetlenül a visszaküldés okától a „VEVŐ REKLAMÁCIÓS ÉS VISSZÁRU KÍSÉRŐLAP” kitöltése kötelező!