pfmmedical	**Retourenschein / Return Note**	Formblatt: FB-032 Revision: 12 Seite / Page: 1 / 1

Retouren-Nr. / Return no.: **Kunden-Nr. / Customer no.:**

Kundenname / Customer name:

Ort / Location: **Ansprechpartner / Contact for:**

Abholauftrag-Nr. / Pick-up no.:

Die folgenden Teile sind durch pfm medical auszufüllen / The following parts must be completed by pfm medical:

Erfassung der Retoure im Lager

Retournierte Artikel				Wareneingangskontolle (WEK)	
REF#	**LOT #**	**Serial #**	**Menge zurück**	**Verpack. IO / NIO**	**MHD IO / NIO**

Nichtkonformitäten bitte unter WEK wie folgt dokumentieren: (z. B. NIO-1-100 = 100 Artikel nicht in Ordnung aus Grund 1)
1 Geöffnete / angebrochene / ausgetauschte Verpackung, **2** Beschädigte / beschmutzte Verpackung
3 Nass / feucht gewordene Verpackung, **4** Produktkennzeichnung nicht lesbar / beschriftet .

Anmerkung:

Datum: Name:

Bearbeitung durch Customer Solutions

☐ Falsche Menge ☐ Falsche Ware ☐ Falsch bestellt ☐ Versorgung eingestellt
☐ Produktreklamation ☐ Rückruf ☐ Transportschaden ☐ Übervorräte, Konsi-Abholung
☐ Sonstiges:

Anmerkung:

Datum: Name:

Weiteres Vorgehen im Lager

☐ IO-Ware eingebucht ☐ IO-Ware eingelagert u. nicht eingebucht
☐ Produktreklamation / Rückruf: Ware in Sperrbestand gebucht, bei Reklamation Kopie an die QA
☐ NIO-Ware / Verpackungsmangel: NC-Report erstellt ☐ NIO-Ware verschrottet
☐ NIO-Ware / MHD < 6 Monate: Ware in Sperrbestand gebucht
☐ Ware an Kunden retourniert ☐ IO-Ware per Inventur eingebucht

Anmerkung:

Datum: Name: Unterschrift:

Laufweg Original / Route, original	WH (Lager / Warehouse)	CS (Customer Solutions)	WH (Lager / Warehouse) 🗁
Kopien an / Copies to			QA (Quality Assurance)
🗁 = Verantwortlicher für die Aufbewahrung des Originals / Responsible for archiving the original document			