

Jede Retoure und Lieferreklamation ist vorab anzumelden:

Tel. +49 (0) 561 766 86-35 · E-Mail retoure@usmed-online.de

Anschrift für Rücksendungen:

USmed Medizinprodukte e.K. · c/o MedLog Neuenstein GmbH · In den Auenwiesen 1-3 · 36286 Neuenstein

1 · Freiwillige Retoure

Nur nach vorheriger Freigabe durch USmed. Die Ware muss direkt bei USmed bezogen, unbenutzt, unbeschädigt und in wiederverkaufsfähigem Originalzustand sein.

Bei sterilen Produkten muss die Sterilbarriere (sterile Primärverpackung) ungeöffnet und unbeschädigt sein. Produkte mit Verfallsdatum müssen noch mindestens 6 Monate Restlaufzeit aufweisen. Vorgeschriebene Lagerungs-, Transport- und Handhabungsbedingungen müssen eingehalten worden sein.

Bearbeitungs- und Einlagerungsgebühr: 10 % des Warenwertes, mindestens 22,50 EUR, zzgl. ggf. anfallender Rücksendekosten.

2 · Lieferreklamation

Fehlmenge, Falschliefungen oder äußerlich erkennbare Transportschäden bitte möglichst innerhalb von 3 Werktagen nach Erhalt melden. Verdeckte Mängel bitte unverzüglich nach Entdeckung mitteilen.

Die 3-Werktage-Empfehlung ist keine Ausschlussfrist für gesetzliche Mängelrechte. § 377 HGB bleibt unberührt.

Bei zeitkritischen Lieferproblemen bitte direkt telefonisch mit USmed Kontakt aufnehmen.

Produktreklamation / sicherheitsrelevantes Vorkommnis: Bitte unverzüglich mit USmed abstimmen. Betroffene Produkte nicht entsorgen oder unangekündigt zurücksenden.

Rückruf / FSQA: Es gelten ausschließlich die im jeweiligen Fall von USmed bzw. dem Hersteller mitgeteilten Anweisungen.

RÜCKGABEGRÜNDE IM ÜBERBLICK

Rückgabegrund	Gutschrift / Kosten	Hinweis
Fehlbestellung / Ware nicht mehr benötigt	10 % Gebühr, mind. 22,50 EUR, zzgl. Rücksendekosten	nur nach Freigabe
Berechtigte Fehllieferung / Transportschaden / Fehlmenge	100 %	keine Retourengebühr

ANGABEN ZUR REKLAMATION / RETOURE

Kunde / Einrichtung		Kundennr.	
Ansprechpartner		Telefon / E-Mail	
Rechnung / Lieferschein		Datum	

PZN / Art.-Nr.	Artikelbezeichnung	Menge	LOT / SN / UDI	Verfallsdatum

Vorgang: ☐ Lieferreklamation ☐ freiwillige Retoure ☐ Produktreklamation

Grund / Beschreibung:

ERSTATTUNG

☐ Gutschrift mit nächster Bestellung verrechnen ☐ Auszahlung per Überweisung (Bankdaten unten angeben)

Kontoinhaber*in		Kreditinstitut	
IBAN		BIC	

NUR BEI FREIWILLIGER RETOURE

- ☐ Ware unbenutzt, unbeschädigt und in wiederverkaufsfähigem Originalzustand.
- ☐ Sterilbarriere – soweit vorhanden – ungeöffnet und unbeschädigt.
- ☐ Lagerungs-/Handhabungsbedingungen eingehalten; Restlaufzeit bei Verfallsware mindestens 6 Monate.
- ☒ **Ware befindet sich in einem verkehrsfähigen Zustand gemäß MPDG/MDR (vormals MPG).**

Ort / Datum: _____ **Name / Unterschrift:** _____