

Rücksendeformular

Bitte vollständig ausfüllen :

Rechnungsnummer _____
 Rechnungsdatum _____
 Name / Firma _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Ansprechpartner _____
 Telefon _____
 Fax _____
 E-Mail _____

Rücksendegrund :

- Ware defekt
 Falsche Ware geliefert
 Produkt nicht vollständig
 Ware doppelt geliefert
 Ware nicht bestellt
 zugesagte Eigenschaften n. v.
 Garantiefall
 Widerruf
 sonstiges : _____

Bankverbindung bei Gutschrift :

Kontonummer : _____
 Bank : _____
 Bankleitzahl : _____
 Kontoinhaber : _____

Maßnahmen :

- Umtausch
 Gutschrift
 Reparatur

Datum : _____

Unterschrift : _____

Bitte Retouren Artikel angeben :

POS	MENGE	ART NR	TEXT	GRÖÙE	FARBE	FEHLER BESCHR.

per FAX an : 0049 (6597) 96 00 24
 per Email an office@auto-cross-shop.de