



FORMULAIRE DE RETOUR DE MARCHANDISES

A joindre impérativement à votre colis de retour

TOUT RETOUR DOIT ETRE EFFECTUE DANS UN CARTON

DATE :

Les retours ne seront acceptés qu'avec ce formulaire entièrement complété à l'attention du service des retours de la société Capitol Pharma

N° de BL

Pharmacie.....Ville.....

Nom et Prénom de l'auteur du retour.....

TAMPON :

Mode de retour : OCP ALLIANCE TECHNICIEN CAPITOL

DENOMINATION ET REFERENCE PRODUIT	MOTIF RETOUR	QUANTITE	AVOIR	ECHANGE

Les marchandises doivent nous être retournées **sous 7 jours maximum** après réception dans leurs emballages d'origine (articles non utilisés uniquement).

Nous n'acceptons les retours de marchandises endommagées lors du transport que si le dommage est communiqué à la réception de la marchandise.