***Bitte spätestens 13 Werktage vor Aktionsbeginn/Veröffentlichung   
vom Auftraggeber ausgefüllt zurück an die PSG PHAGRO-Service-GmbH –***

***E-Mail: office@phagro-service.de*** *oder* ***Fax (030) 20 188 - 454***

**Auftragsbogen** für die Erstellung eines

Kosmetika-Rücknahme-Formulars zur Veröffentlichung in der PZ/DAZ am Do., d. \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Die AMK hat der Übernahme des **redaktionellen Begleittextes** zugestimmt: ja \_\_\_ nein \_\_\_

Kosmetikarücknahme

über den

pharmazeutischen Großhandel

Aktionsbeginn \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

(PZ-Erscheinungsdatum

immer am Donnerstag einer Woche)

Aktionsende \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

(i. d. R. 4 - 5 Wochen später)

*Bitte lassen Sie keine Spalte aus. Sofern alle Chargen / Barcodes/EAN/GTIN betroffen sind, tragen Sie bitte „alle“ ein.*

| PZN | Artikelbezeichnung | Charge  (sofern vorhanden) | Barcode/EAN/GTIN |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Die Bedingungen über die zu leistenden Gutschriften sowie die Handlingsgebühr sind zwischen dem Kosmetikahersteller oder -importeur und jedem Großhändler einerseits sowie zwischen Kosmetikahersteller oder -importeur und jedem Apotheker andererseits einzeln zu vereinbaren. Der Auftraggeber erklärt sich einverstanden, dass seine Kontaktdaten zu Einzelvereinbarungszwecken an die Mitglieder des Bundesverbandes PHAGRO e. V. übersandt werden. Das Kosmetikarücknahme-Formular wird mit 550,00 € zzgl. MwSt. berechnet (sollte ausnahmsweise aufgrund des Umfangs der betreffenden Kosmetika eine weitere Seite notwendig sein, wird diese mit 200,00 € zzgl. MwSt. berechnet). Der pharmazeutische Großhandel übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben der Apotheken. Der pharmazeutische Großhandel wird bei der Rückerstattung dafür Sorge tragen, dass weder Apotheken noch den beteiligten Großhändlern Preise und Bedingungen von möglicherweise zu ihnen im Wettbewerb stehenden Unternehmen bekannt werden.

Retourenadresse in Deutschland: Kontakt/Nummer für Rückfragen:  
 (erscheint auf dem Formular)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Unterschrift / Firmenstempel)

(Ansprechpartner für Rückfragen der PSG mbH **mit E-Mail und Telefonnummer**)