

Antrag auf Retour Sendung

Rechnungsadresse:

Name: _____ Straße: _____
Vorname: _____ Nr.: _____
e-Mail: _____ PLZ: _____
Telefon: _____ Ort: _____
Rechnungsnr.: _____

Anzahl:	Artikel Nr.:	Artikel Beschreibung:	Hinweis:

Kontodaten:

Bitte geben Sie für evtl. Rücküberweisungen Ihre Bankverbindung an. Bei Bezahlung mit Paypal nicht notwendig.

Kontoinhaber: _____
Kontonr.: _____
Bankinstitut: _____
BLZ: _____

Freiwillige Angaben:

Um unseren Service für Sie verbessern zu können, bitten wir Sie folgende freiwillige Angaben zu machen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transportschaden | <input type="checkbox"/> falsche Ware geliefert | <input type="checkbox"/> zu viel bestellt |
| <input type="checkbox"/> Ware defekt | <input type="checkbox"/> zu lange Lieferzeit | <input type="checkbox"/> falsche Ware bestellt |
| <input type="checkbox"/> Altteilerücksendung | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Bemerkungen: _____

Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formular an +49 (0) 9672 / 3998 oder per e-Mail an shop@md-autohaus.de