

# RETOURENFORMULAR (Stand April 2026)



Kontaktdaten für Retourenanmeldung: ☎: 0461 – 995799 0 ✉: [retoure@jutapharma.de](mailto:retoure@jutapharma.de)

## 1. Ihre Kontaktdaten

Apothekenbezeichnung: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur Retoure

PZN	Artikelbezeichnung	Charge	Menge der Retoure	Referenzbeleg Lieferscheinnummer	Grund der Retoure

Grund der Retoure: 1 Verfall, 2 Transport, 3 AV, 4 Rückruf

### ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass die zurückgesendeten Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes verkehrsfähig sind. Die Ware wurde direkt von Juta Pharma GmbH bezogen, weder verändert noch umgepackt, hat das Lager nicht verlassen und wurde während des gesamten Zeitraums gemäß § 5.5 der GDP-Guidelines sowie den in der Fachinformation angegebenen Bedingungen ordnungsgemäß gelagert. Es traten keine Abweichungen auf, und die Ware befand sich durchgehend in unserem Verantwortungsbereich.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift & Stempel