



RÜCKSENDEFORMULAR

Bitte füllen Sie dieses Rücksendeformular aus und senden Sie es zusammen mit dem gekauften Produkt im Originalkarton und der Originalrechnung innerhalb von 30 Tagen ab Kaufdatum ausreichend frankiert an die unten stehende Adresse. Wir überweisen Ihnen den Kaufpreis innerhalb von 4 – 6 Wochen nach Wareneingang.

Gerät: Careousel Advance Careousel Advance GSM

Name*: _____ Vorname*: _____

PLZ/Ort*: _____

Straße/Hausnummer*: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon* (für Rückfragen): _____

E-Mail-Adresse: _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber*: _____

Geldinstitut*: _____

Bankleitzahl*: _____ Kontonummer*: _____

Rücksendegrund*:

Rücksendung an: Mediring GmbH, Dechenstraße 15a, 40878 Ratingen

Das Testangebot gilt ausschließlich für die automatischen Tabletenspender Careousel Advance und Careousel Advance GSM, die bei der Mediring GmbH gekauft wurden.

*Pflichtangaben

Mediring nutzt Ihre Daten zum Zweck der Zusendung von Informationen rund um das Thema Medikation, Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung in Bezug auf Mediring-Produkte. Sie können der Nutzung Ihrer Daten jederzeit widersprechen.

DIE RICHTIGE MEDIZIN, ZUR RICHTIGEN ZEIT!