

Retouren & Lagerwertverlust - Regelung der Sun Pharmaceuticals Germany GmbH für öffentliche Apotheken

(gültig vom 01.01.2026 bis 31.12.2026)

➤ **Verfallartikel (nicht kühlpflichtiger Ware)**

Wir erstatten Rx-Arzneimittel **ausschließlich aus dem Apothekendirektbezug**. Die Retouren müssen nachweislich direkt bei der Sun Pharmaceuticals Germany GmbH erworben worden sein. Der Rücksendung sind **eine Kopie der Rechnung oder des Lieferscheins und der ausgefüllte Retouren-Vordruck** beizulegen.

3 Monate vor bis 3 Monate nach Verfallsdatum.

Stichtag für die Berechnung ist der letzte Tag des Verfallmonats.

Zusendung der kompletten und vollständigen Umverpackung ohne Inhalt.

Ware muss vor Zusendung dekommissioniert werden (Ausbuchung securPharm-System).

Erstattung auf ApU-Basis abzgl. gewährter Skonti.

Retouren mit einem Wert kleiner als 1,- € können nur in Verbindung mit einer Direktbestellung erstattet werden. Falls Sie am SEPA-Einzugsverfahren teilnehmen, wird Ihr Gutschriftsbetrag automatisch vom Rechnungsbetrag abgezogen. Falls Sie Ihre Rechnungen selbst überweisen bitten wir Sie, den Gutschriftsbetrag vom Rechnungsbetrag abzuziehen.

➤ **Anlieferbruch**

Ware, bei der die Verpackung nachweislich durch unser Verschulden beschädigt wurde. Der Wareneingang der beschädigten Packung inkl. Inhalt an unsere Retourenadresse muss innerhalb einer Frist von maximal 10 Arbeitstagen ab Rechnungsdatum erfolgen. Der Rücksendung sind **eine Kopie der Rechnung oder des Lieferscheins und der ausgefüllte Retouren-Vordruck** beizulegen.

➤ **Qualitätsbedingte Retouren**

Präparate mit Qualitätsmängeln bei entsprechendem Nachweis. Sorgen Sie bitte für ausreichende Frankierung - Porto wird vergütet. Unfreie Sendungen werden nicht angenommen.

➤ **Kaufmännische Reklamationen**

Bei kaufmännischen Reklamationen (z.B. Mehrmengen, Präparateverwechslung etc.) setzen Sie sich bitte direkt mit unserem Customer Service in Verbindung.

Senden Sie Ihre Retouren bitte ausreichend frankiert an folgende Adresse:

Sun Pharmaceuticals Germany GmbH
c/o Biokanol Pharma GmbH
Heinrich-Hertz-Straße 1A
76470 Ötigheim

Bitte um Beachtung:

Pflichtangaben: • Pharmazentralnummer • Produktbezeichnung • Menge • Charge • Verfalldatum

- *Ohne die Erfüllung der o.g. Bedingungen und ohne die ordnungsgemäße Zustellung an die o.g. Retourenadresse können wir leider keine Gutschriften erstellen und müssen von einer Vergütung absehen.*
- *Eingegangene Verfall-, Bruch-, und nicht erstattungsfähige - Retouren gehen in die Vernichtung und können nicht wieder zurückgesendet werden.*
- *Sorgen Sie bitte für ausreichende Frankierung, da wir ansonsten den Differenzbetrag mit der Gutschrift aufrechnen müssen.*
- *Rücksendekosten werden ausschließlich für qualitätsbedingte Retouren und Arzneimittelrückrufe erstattet*

➤ **Lagerwertverluste (LWV) bei Preissenkungen**

Die Sun Pharmaceuticals Germany GmbH erstattet Preissenkungen nur für Rx-Arzneimittel, die bis maximal 4 Wochen nach dem Stichtag der Preissenkung eingereicht werden und nur in apothekenüblichen Mengen. Die Sun Pharmaceuticals Germany GmbH behält sich das Recht vor, Bezugsnachweise zu verlangen. Nach Ablauf der Frist können wir Lagerwertverluste leider nicht mehr vergüten. LWV mit einem Wert kleiner als 1,- € werden erst nach Aufsummierung von mehr als 1,- € überwiesen. Werden 1,- € innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist (3 Jahre) nicht erreicht, verfällt der Betrag. Einreichung der LWV ist per Fax, Post und E-Mail möglich. Bitte nutzen Sie zur Sicherstellung aller relevanten Daten den angehängten **Vordruck für „Lagerwertverluste“**.

Bei Fragen steht Ihnen unser Kundenservice gerne zur Verfügung.

Kontaktdaten:

Service-Hotline: 0800 880 3 880
Service-Faxnummer: 0800 880 3 883
E-Mail: info.de@sunpharma.com

Freundliche Grüße

Ihre Sun Pharmaceuticals Germany GmbH

Sun Pharmaceuticals Germany GmbH
Retourenabteilung
 c/o Biokanol Pharma GmbH
 Heinrich-Hertz-Straße 1A
 76470 Ötigheim

**NUTZEN SIE FÜR DIE EINREICHUNG IHRER
 „RETOUREN“
 UNBEDINGT DIESEN VORDRUCK**

Apothekenstempel:
(Pflichtangabe)

Ihre Bankverbindung (IBAN und BIC/Swift-Code):
(Pflichtangabe)

Apothekeninhaber:
(Pflichtangabe)

Ihre E-Mail-Adresse:
(Pflichtangabe)

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen!

PZN	Charge	Bezeichnung	Packungs- größe	Anzahl Artikel	Verfall- datum	Retouren- grund

Es gelten die Bedingungen der zum Zeitpunkt der Retoureneinsendung gültigen Retourenregelung.

Ort, Datum

Unterschrift

Sun Pharmaceuticals Germany GmbH
Lagerwertverluste
 Hemmelrather Weg 201/Gebäude GIZ 1
 51377 Leverkusen

**NUTZEN SIE FÜR DIE EINREICHUNG IHRER
 „LAGERWERTVERLUSTE“
 UNBEDINGT DIESEN VORDRUCK**

Ihre Bankverbindung (IBAN und BIC/Swift-Code):
(Pflichtangabe)

Apothekenstempel:
(Pflichtangabe)

Apothekeninhaber:
(Pflichtangabe)

Ihre E-Mail-Adresse:
(Pflichtangabe)

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen!

LWV-Datum	PZN	Bezeichnung	Packungs- größe	Anzahl Artikel

Es gelten die Bedingungen der zum Zeitpunkt der Einreichung gültigen LWV-Regelung.

Ort, Datum

Unterschrift