

ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG*Dieser Bereich wird von Member Services ausgefüllt*

RMA No. :

PE No. :

Den ausgefüllten Antrag bitte an HERBALIFE senden.**KUNDE (Bitte leserlich ausfüllen):**

Name: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Erbitte Rückzahlung des Kaufpreises für (Produktname bzw. SKU und Stückzahl):

aus folgenden Gründen:

MITGLIED (Bitte leserlich ausfüllen):

Datum: _____
Name: _____
ID Nummer: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

Hiermit übergebe ich dem Mitglied gemäß der 30-tägigen Produktgarantie zusammen mit meiner Quittung den unverbrauchten Rest des Produktes.

Ich habe das Produkt: ☐ 1 Woche oder weniger; ☐ 2 Wochen; ☐ 3 Wochen; ☐ 4 Wochen lang ausprobiert.

Rückerstattung in Höhe von € _____ (inkl. MwSt) bestätigt.

Unterschrift des Kunden: _____

Dieses Formular ist nur mit Kundenquittung gültig

Damit wir auch in Zukunft unseren Kunden und Mitgliedern einen zuverlässigen und guten Service bieten können, sind wir bei HERBALIFE stets an Ihrer Meinung und Ihren Vorschlägen interessiert. Mit Hilfe dieses ausgefüllten Formulars können wir den Wünschen unserer Kunden und Mitglieder entsprechen und so gemeinsam den Erfolg unseres Unternehmens bestimmen. Wir danken für Ihre Mitarbeit.

An HERBALIFE

Hiermit bestätige ich, dass ich den oben eingesetzten Betrag an den Kunden zurückerstattet habe.

Datum: _____ Unterschrift des Mitglieds: _____

Hinweis für das Mitglied

Nach Rückerstattung an den Kunden, bitte das Formular ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit der Kundenquittung innerhalb von 30 Tagen an das Herbalife Vertriebszentrum schicken.