

Geschäftspartner-/  
Memberrnummer

Die ersten drei Buchstaben Ihres  
Nachnamens

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefon

### Gründe der Rücksendung

#### Bestellung/Lieferung

- 51 Produkt nicht bestellt
- 52 Produkt fehlt
- 53 Produkt beschädigt geliefert
- 54 Falsches Produkt bestellt

#### Zufriedenheitsgarantie

- 55 Produkt defekt nach Gebrauch
- 56 Entspricht nicht den Erwartungen
- 57 Kunde lehnt Kauf ab
- 58 Preis/Leistungsverhältnis

Sollten Sie ernste, unerwünschte Nebenwirkungen feststellen, nehmen Sie bitte mit Amway Kontakt auf unter der Telefonnummer **089 80094 450** oder über die Webseite **www.amway.de**

60 sonstiges:

99 Beendigung des Amway Geschäftes  
*(nur gültig in Verbindung mit Unterschrift/en – siehe unten)*

### VON AMWAY AUSZUFÜLLEN :

Eingangsdatum (TT/MM/JJ)

Sachbearbeiter

Stellplatz

### Gutschrift erstellt :

Datum (TT/MM/JJ)

Batch

Gutschrift

Sachbearbeiter

### Bei Beendigung des Amway Geschäftes :

Geschäftspartnerantrag

Beendigungsbrief

Sonstiges:

Bestellnummer	Menge	Rechnungsnummer	Rechnungsdatum	Rückgabe- grund	KD - Quittung	Lager- vermerk
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nur auszufüllen bei Beendigung Ihres Amway Geschäftes. Bitte kreuzen Sie Grund 99 an.

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir mein/unser Amway Geschäft Nr.  beende/n.

Unterschrift Geschäftspartner 1

Unterschrift Geschäftspartner 2