

	Hurtownia Farmaceutyczna PharmaVitae Sp. z o. o. Sp. k.	Wersja 5.0	Stron 01
	Nr procedury PRC-02	Załącznik nr 1 Protokół reklamacji/zwrotu	

Nr protokołu (wypełnia PharmaVitae)	Nr kontrahenta (wypełnia PharmaVitae)	Nr faktury			Data zgłoszenia	
Reklamacja/zwrot do		Pieczętka kontrahenta reklamującego/zwracającego				
Hurtownia Farmaceutyczna PharmaVitae Sp. z o.o. sp. k. ul. Parzniewska 18 B, 05-800 Pruszków						
Nazwa produktu, dawka		Nr serii, data ważności	Ilość opak	Powód reklamacji	Warunki przechowywania	
Proponowany sposób rozpatrzenia reklamacji: <input type="checkbox"/> faktura korygująca <input type="checkbox"/> wymiana <input type="checkbox"/> dostanie towaru		Powód: N – Nadwyżka ; B – Brak/Niedobór ; Usz – Towar uszkodzony ; WJ – Wada jakościowa ; WF – Wycofanie serii KD – Krótka data ważności ; TN – Towar Niezamawiany R – Rezygnacja Kontrahenta		Warunki przechowywania: TP – Temperatura pokojowa 15-25°C L – Lodówka 8-15°C CH – Chłdnia 2-8°C		
Uwagi kontrahenta: OŚWIADCZENIE Oświadczam, że zwracane produkty zakupione w hurtowni PharmaVitae Sp. z o.o. sp. k. były przechowywane i transportowane zgodnie z warunkami określonymi przez podmiot odpowiedzialny				Data, podpis i pieczętka kontrahenta wypełniającego oświadczenie (Kierownik Apteki / Punktu aptecznego / Działu Farmacji / Osoby Odpowiedzialnej / Kierownika Zakładu leczniczego dla zwierząt)		
Data przyjęcia zwrotu towaru do Hurtowni PharmaVitae		Podjęta decyzja w sprawie towaru			Data, podpis i pieczętka Osoby Odpowiedzialnej PharmaVitae	
		<input type="checkbox"/> Utylizacja <input type="checkbox"/> Redystrybucja <input type="checkbox"/> Redystrybucja produktów kontrolowanych – przyjęcie zwrotu produktów kontrolowanych z przeznaczeniem do redystrybucji wymaga Analizy Ryzyka <input type="checkbox"/> Odesłanie do dostawcy <input type="checkbox"/> Faktura korygująca <input type="checkbox"/> Dostanie towaru <input type="checkbox"/> Inna: _____				