DRUK REKLAMACYJNY

(służy do przyjmowania reklamacji pisemnych)

zgłoszenie z dnia …….. Reklamacja nr ……..

Kontrahent nr	
Przewoźnik	Faktura nr

Wypełnia Kontrahent (hurtownia/apteka)

Nazwa towaru		Ilość	Seria	Termin ważności	Nr faktury	Data faktury	Symbol zgłoszenia	Przyczyna reklamacji/zwrotu
1.								
2.								
3.								
4.								

Symbol zgłoszenia (reklamacji/zwrotu)

BT – brak w dostawie	**NT –** nadwyżka w dostawie	**PW –** produkt wycofany	**RK –** rezygnacja kontrahenta
TW – krótki termin ważności	**NZ –** niezgodność z zamówieniem	**NS –** niezgodność serii	
WJ – wada jakościowa	**UO –** uszkodzone opakowanie	**ZT –** zamiana (towar niezgodny z fakturą)	

Oświadczam, że zwracane produkty lecznicze, inne produkty były przechowywane zgodnie z wskazaniami na etykiecie wyrobu/opakowaniu, nie były wydawane z apteki i nie stanowiły zwrotu przyjętego od pacjenta.

……
podpis i pieczątka Kierownik Hurtowni/Apteki

Warunki realizacji reklamacji:

1. Reklamacje należy zgłaszać w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury z podaniem przyczyny reklamacji.
2. Zwrot na prośbę kontrahenta jest możliwy w terminie do 90 dni od momentu dokonania zakupu.

3. Wszystkie zwracane produktu musza mieć nieuszkodzone opakowania (w tym również bez opisów, bez śladów po metkach itd.).

4. Zwrot produktów wycofanych z obrotu wymaga wypełnienia odrębnych formularzy dostarczonych Państwu wraz z decyzja o wycofaniu.

Wypełnia przewoźnik

Warunki przechowywania i transportu: poniżej 25 ^{0}C	
Data i godzina odbioru od Kontrahenta ……..	Temperatura transportu / podpis Kierowcy …….. / ……..

Do zwrotu powinien być dołączony wydruk temperatury z drogi transportu.