



Hurtownia Farmaceutyczna Aesculap Chifa Sp. z o.o.
ul. Drukarska 59
62-023 Koninko

FORMULARZ ZWROTU I UWAG W ZAKRESIE DOSTAWY

Pieczętka podmiotu zgłaszającego

DATA	
TELEFON KONTAKTOWY	

WARUNKI PRZECHOWYWANIA I TRANSPORTU*			
2-8°C		15-25°C	

NAZWA WYROBU	SYMBOL WYROBU	SERIA I DATA WAŻNOŚCI	DATA I NUMER FAKTURY	NR WZ (DOSTAWA)	ILOŚĆ	PRZYCZYNA
						N - nadwyżka w dostawie B - brak w dostawie BO - błąd w złożeniu zamówienia przez odbiorcę BH - błąd w przyjęciu zamówienia przez hurtownię TW - krótki termin ważności ND - niezgodność serii lub daty ważności R - rezygnacja WC - wycofanie z obrotu SF - podejrzenie sfałszowania U - uszkodzenie (proszę opisać w uwagach) I - inne (proszę opisać w uwagach)

UWAGI:

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie zwracane produkty opisane w niniejszym protokole nie były przedmiotem dalszej dystrybucji, a także były przechowywane przez cały okres ich przechowywania w sposób zgodny z wymaganiami określonymi przez producenta oraz stosownie do zasad określonych w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn.13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej - Dz.U. z 2015 poz.381 z póź.zm. („DPD”).

*** Podpis i pieczętka Kierownika Apteki / Kierownika Działu Farmacji / Kierownika Punktu Aptecznego / Kierownika Hurtowni / Kierownika Zakładu Leczniczego Zwierząt*

* Zaznacz właściwe

** Odbiór towaru tylko za podpisanym protokołem

*** Wyrażam zgodę na przetwarzanie nr telefonu przez Aesculap Chifa Sp. z o.o. w celu przesyłania informacji o realizacji zgłaszanych reklamacji zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Niniejszą zgodę składam dobrowolnie oraz zostałem poinformowany o prawie wglądu do swoich danych, ich poprawiania oraz usunięcia ze zbioru danych osobowych.