

.....
(pieczętka odbiorcy)

.....
(data)

PROTOKÓŁ REKLAMACJI/ZWROTU

Numer faktury, której dotyczy reklamacja/zwrot

Data dostarczenia produktu(-ów)

Lp. na fakturze	Nazwa, postać, dawka produktu	N-nadwyżka * B-brak *	Ilość	Numer serii produktu otrzymanego	Data ważności produktu otrzymanego	Temperatura przechowywania

* Jeśli dotyczy

<p>Przyczyna reklamacji/zwrotu:</p> <input type="checkbox"/> Nadwyżka i/lub brak <input type="checkbox"/> Wada jakościowa <input type="checkbox"/> Uszkodzone opakowanie <input type="checkbox"/> Niezgodność serii/daty ważności <input type="checkbox"/> Błędnie złożone zamówienie przez odbiorcę <input type="checkbox"/> Błędnie przyjęte zamówienie przez hurtownię <input type="checkbox"/> Produkt wycofany decyzją GIF <input type="checkbox"/> Inna (jaka?)	<p>Sposób rozpatrzenia:</p> <input type="checkbox"/> Korekta <input type="checkbox"/> Wymiana <input type="checkbox"/> Dosłanie <input type="checkbox"/> Wystawienie faktury na nadwyżkę <input type="checkbox"/> Zwrot nadwyżki <input type="checkbox"/> Inny (jaki?)
<p>Serializacja:</p> <input type="checkbox"/> Produkt leczniczy posiada aktywny status niepowtarzalnego identyfikatora w bazie PLMVS <input type="checkbox"/> Produkt leczniczy posiada nienaruszony element uniemożliwiający naruszenie opakowania jednostkowego <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
<p>Uwagi:</p>	

OŚWIADCZENIE O WARUNKACH PRZECHOWYWANIA I BRAKU PODEJRZENIA SFAŁSZOWNIA

Oświadczam, że zwracany produkt leczniczy spełnia wymagania zapisane w art. 13 Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r.

Oświadczam, że ww. produkt(-y) będący przedmiotem zwrotu został nabyty od hurtowni farmaceutycznej Asclepios S.A. Od momentu nabycia i dostarczenia do momentu zwrotu ww. produkt(-y) był przechowywany w warunkach kontrolowanych zgodnie z charakterystyką (specyfikacją produktów) i zaleceniami wytwórcy (podmiotu odpowiedzialnego), również w dni wolne od pracy.

Jednocześnie oświadczam, że w stosunku do zwracanego produktu(-ów) nie zachodzi podejrzenie sfałszowania.

*Załączam wydruki temperatur, w których przechowywano ww. produkt(-y) w powyżej wskazanym okresie (jeśli wymagana jest temperatura przechowywania 2°C – 8°C)

.....
Pieczętka i podpis Osoby
Odpowiedzialnej/Kierownika