

Załącznik nr 1 Protokół reklamacji/zwrotu	Numer: HF-ASCLEPIOS-LOKS-003-Z-001-2	Strona 1 / 2
Hurtownia Farmaceutyczna Asclepios S.A. ul. Dworska 24, 98-200 Sieradz	Data wydania: 17.05.2021	Zastępuje dokument: HF-ASCLEPIOS-LOKS-003-Z-001-1

.....
(pieczęć 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

Przyczyna reklamacji/zwrotu: <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?)	Sposób rozpatrzenia: <input type="checkbox"/> Korekta <input type="checkbox"/> Wymiana <input type="checkbox"/> Dostanie <input type="checkbox"/> Wystawienie faktury na nadwyżkę <input type="checkbox"/> Zwrot nadwyżki <input type="checkbox"/> Inny (jaki?)
Serializacja: <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	
Uwagi:	

Załącznik nr 1 Protokół reklamacji/zwrotu	Numer: HF-ASCLEPIOS-LOKS-003-Z-001-2	Strona 2 / 2
Hurtownia Farmaceutyczna Asclepios S.A. ul. Dworska 24, 98-200 Sieradz	Data wydania: 17.05.2021	Zastępuje dokument: HF-ASCLEPIOS-LOKS-003-Z-001-1

OŚWIADCZENIE O WARUNKACH PRZECHOWYWANIA I BRAKU PODEJRZENIA SFAŁSZOWANIA

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