



Delfarma Sp. z o.o., ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 111, 91-222 Łódź
Hurtownia Farmaceutyczna, ul. Dostawcza 17, 93-231 Łódź

PROTOKÓŁ REKLAMACJI/ZWROTU TOWARU Nr

Odbiorca:

Nazwa firmy/pieczątko:	
------------------------	--

Lp.	Nazwa artykułu	Ilość	Nr serii	Data ważności	Nr faktury	Przyczyna zwrotu/reklamacji

PRZYCZYNA ZWROTU/REKLAMCJI

ND – nadwyżka w dostawie
NS – niezgodność serii/daty ważności
PU – produkt uszkodzony
PN – produkt niezgodny z fakturą

BT – brak w dostawie
DW – krótka data ważności
PW – produkt wycofany
IN – inne

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zwracane produkty nieprzerwanie pozostawały pod pieczę podmiotu zwracającego oraz były odpowiednio transportowane i przechowywane zgodnie z warunkami określonymi przez podmiot odpowiedzialny lub w aktualnie obowiązującej farmakopei

Proponowany sposób załatwienia reklamacji*

faktura korygująca

wymiana

dosłanie towaru

* właściwe zaznaczyć

.....
Data, pieczęć i podpis farmaceuty

Dla przewoźnika - potwierdzenie odbioru towaru:

Data, czytelny podpis kierowcy

Imię i Nazwisko	
Numer rejestracyjny pojazdu	
Numer dowodu osobistego	
Data odbioru	

Produkty nie podlegające zwrotom:

- termolabilne
- ometkowane, opisane itp,
- środki odurzające i psychotropowe