



Farmacol Logistyka Sp. z o.o.

40-541 Katowice, ul. Rzepakowa 2
NIP 5252409576 | REGON 141107266

PROTOKÓŁ

dotyczy:

REKLAMACJI*		ZWROTU*	
-------------	--	---------	--

Pieczętka podmiotu zgłaszającego reklamację/zwrot

NR KONTRAHENTA	
----------------	--

WARUNKI PRZECHOWYWANIA I TRANSPORTU

DATA REKLAMACJI / ZWROTU	
--------------------------	--

2 – 8 °C		do 25 °C	
----------	--	----------	--

E-MAIL***	
-----------	--

LP	NR FAKTURY	DATA FAKTURY	NAZWA TOWARU	SERIA	ILOŚĆ	PRZYCZYNA
1						
2						
3						
4						
5						

B – brak w dostawie
 N – nadwyżka w dostawie
 W – wada jakościowa
 NZ – niezgodność – błąd zamówienia
 TW – krótki termin ważności
 R – rezygnacja apteki
 U – uszkodzenie
 WC – wycofanie z obrotu
 SF – podejrzenie sfałszowania produktu leczniczego

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 dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej – Dz. U. z 2015 poz. 381 z późn. zm. („DPD”), a w szczególności dla produktów wymagających szczególnych warunków przechowywania (tzw. zimny łańcuch) zapewnione zostały przez cały czas ich przechowywania specjalne warunki przechowywania, co zostało udokumentowane w prowadzonym rejestrze temperatur lub zeszycie temperaturowym.

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



KLIENCIE, zachowaj kopię zgłoszenia z podpisem przewoźnika

* Zaznacz właściwe

** Odbiór towaru tylko za podpisanym protokołem

*** Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu e-mailowego z kartoteki klienta przez Farmacol Logistyka w celu przesyłania informacji o realizacji zgłaszanych reklamacji zgodnie z ustawą z dnia 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 zbiorów danych osobowych.

DATA ODBIORU PRZEWOŹNIKA	
CZYTELNY PODPIS PRZEWOŹNIKA	