

## Protokół reklamacji / zwrotu do hurtowni farmaceutycznej PORFARM Radom Sp. z o.o.

	Osoba zgłaszająca /imię, nazwisko, podpis/	Osoba przyjmująca /imię, nazwisko, podpis/
Pieczętka apteki	Data zgłoszenia reklamacji / zwrotu	Data przyjęcia reklamacji / zwrotu

Lp	Numer faktury	Nazwa produktu	Zgłaszana ilość	Seria	Symbol	Przyczyna reklamacji/zwrotu - komentarz
	Data faktury			data ważn.		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Symbol reklamacji / zwrotu	ZH - zwrot handlowy, ND - nadwyżka w dostawie, BW - błąd wydania towaru, US - uszkodzone opakowanie, NZ - niezgodność faktury z zamówieniem, BR - brak towaru, KD - krótka data ważności.					

Oświadczenie o warunkach przechowywania	Oświadczam, że wszystkie zwracane produkty przechowywane były zgodnie z wymaganiami producenta / podmiotu odpowiedzialnego.	
		Pieczętka i podpis kierownika apteki lub osoby upoważnionej