Data .............................................

***Date***

................................................................

Pieczęć odbiorcy / ***Stamp of customer***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa produktu  ***Name of product*** | Numer serii  ***Batch №*** | Termin ważności  ***Expiry date*** | Ilość  ***Quantity*** | Numer faktury  ***Invoice №*** | Symbol reklamacji /zwrotu\*  ***Sign of complaint /return\**** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Notes***

\* Symbole reklamacji /zwrotu / ***Signs of complaint /return***:

Powód reklamacji dystrybucyjnej /zwrotu /***Reason of distribution complaint /return:***

BD – brak w dostawie/***lack of goods***

ND – nadwyżka w dostawie/***surplus of goods***

OP – uszkodzony towar/***damaged goods***

SD – niezgodność numeru serii lub terminu ważności/***disagreement of batch number or expiry date***

KD – zbyt krótka data ważności/***too short expiry date***

ZU – zwrot na podstawie umowy handlowej/***returning in accordance with the agreement***

ZP – zwrot na prośbę odbiorcy/***returning on customer's request***

DN – dostawa nieprzyjęta/***unaccepted delivery***

IN – inny powód/***other reason***

Powód reklamacji jakościowej /zwrotu /***Reason of quality complaint /return:***

FA – podejrzenie sfałszowania/***suspension of counterfeit***

JA – podejrzenie wady jakościowej/***suspension of quality defect***

**WYPEŁNIĆ PRZY ZWROCIE PRODUKTÓW „ZIMNEGO ŁAŃCUCHA” 2-8°C**

***Please fill in when cold chain products are returnned***

1. Otwarcie opakowania transportowego: data………………………… godz……………………………

***Shipping container opening: date time***

1. Ponowne umieszczenie produktu w opak. transp.: data………………… godz…………………

***Reinserting product into the shopping container: date time***

3. Załączam dokumenty poświadczające przechowywanie produktów w warunkach zgodnych z wymaganiami wytwórcy.

***I attach documents proving that foods were stored according to manufacturer's requirements.***

**OŚWIADCZENIE ODBIORCY**

***declaration of customer***

1. **Wszystkie zwracane produkty były przechowywane zgodnie z wymaganiami wytwórcy.**

*All returned goods were stored according to manufacturer's requirements.*

1. **Żadne ze zwracanych produktów nie były przedmiotem dalszej dystrybucji\*\***

*All returned goods were not subject of further distribution\*\**

\*\*punkt nie dotyczy hurtowni farmaceutycznych*/not apply to wholesalers*

...................................................................................................................

Pieczątka i podpis kierownika apteki/działu farmacji szpitalnej/

punktu aptecznego/Osoby Odpowiedzialnej hurtowni farmaceutycznej

***Stamp and sign the manager of pharmacy/hospital pharmacy department/***

***pharmacy point/Responsible Person of wholesale***