

Data
Date.....
Pieczęć odbiorcy / *Stamp of customer*

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

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 sfalszowania/**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 returned*

1. Otwarcie opakowania transportowego: data..... godz.....
Shipping container opening: date time
2. 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.
2. **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*

.....
Pieczętka 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*