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*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*Symbol i powód reklamacji dystrybucyjnej /zwrotu /*Sign and 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*

DH – błąd działu handlowego/*sales department mistake*

DN – dostawa nieprzyjęta/*unaccepted delivery*

WC – wycofanie z obrotu/*recall*

IN – inny powód/*other reason*

\*Symbol i powód reklamacji jakościowej /zwrotu /*Sign and 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 returned*

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

*(Shipping container opening) date time*

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

*(Reinserting product into the shipping container) date time*

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

*I attach documents proving that goods 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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pieczęć imienna 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*