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*

UR – zwrot na podstawie przepisów prawa (Ustawa refundacyjna) /*returning in accordance with the law*

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/podmiotu odpowiedzialnego.**

*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\*\**

\*\*nie dotyczy zwrotów z hurtowni farmaceutycznych produktów leczniczych wycofanych lub podejrzanych o wadę jakościową

/*not apply to returns from wholesalers medicinal products recalls or suspected of having a quality defect*

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

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*