



Hurtownia Farmaceutyczna
Wolskie, ul. Wolska 14,

05-860 Płochocin

Załącznik Nr 1 do procedury: REKLAMACJE I ZWROTY OD ODBIORCÓW
– SOP/REK-ODB/09

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI/ZWROTU PRZEZ ODBIORCĘ

Notification of complaint / return

SOP/REK-ODB/09-01

Strona 1 z 2

Data
Date

.....
Pieczęć odbiorcy /Stamp of customer

Lp .	NAZWA PRODUKTU <i>Name of product</i>	NUMER SERII <i>Batch №</i>	TERMIN WAŻNOŚĆ CI <i>Expiry date</i>	IŁOŚĆ <i>Quantity</i>	NUMER FAKTURY <i>Invoice №</i>	SYMBOL REKLAMACJI / ZWROTU* <i>Sign of complaint / return*</i>

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 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 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*



Hurtownia Farmaceutyczna
Wolskie, ul. Wolska 14,

05-860 Płochocin

Załącznik Nr 1 do procedury: REKLAMACJE I ZWROTY OD ODBIORCÓW
– SOP/REK-ODB/09

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI/ZWROTU PRZEZ ODBIORCĘ

Notification of complaint / return

SOP/REK-ODB/09-01

Strona 2 z 2

.....
Pieczeńć 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