



CENTRALA FARMACEUTYCZNA CEFARM SA, ul. Jana Kazimierza 16, 01-248 Warszawa
REKLAMACJE: T: 22 63 40 348 F: 22 63 40 332, e-mail: reklamacje@cefarm.com.pl
WYCOFANIA: T: 22 63 40 373 F: 22 63 40 377, e-mail: wycofania@cefarm.com.pl

Z.01/PH.06 Ed. 15

PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI OD ODBIORCY

Dane podmiotu zgłaszającego/pieczątko		Kod Klienta	Numer faktury	Data otrzymania towaru	
		Numer reklamacji (wypełnia CF CEFARM)		Data wystawienia faktury	Data zgłoszenia reklamacji
Lp.	Nazwa produktu, postać, dawka, wielkość opakowania jednostkowego	Seria	Termin ważności	Ilość	Przyczyna reklamacji
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Przyczyny reklamacji	N - Nadwyżka, B - Brak, W - Wada jakościowa, U - uszkodzenie, SD - Niezgodność serii i daty ważności, TW - Krótki termin ważności, NWT - Nieprawidłowe warunki transportu, IN - inna przyczyna (opisać w uwagach), WF - Wycofanie z rynku				
Zasady przyjmowania reklamacji					
Reklamacje dostaw będą przyjmowane:					
<ul style="list-style-type: none">7 dni od daty odbioru dostawyreklamacje jakościowe do końca terminu ważności produktu					
Warunki transportu (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> 2-8°C	<input type="checkbox"/> 5-15°C	<input type="checkbox"/> < 25°C	<input type="checkbox"/> inne	Pieczątko i podpis Kierownika Apteki /Hurtowni*
Potwierdzam, że towary (w tym produkty lecznicze) były przechowywane i transportowane zgodnie z wymogami wytwórcy					
Uwagi					
Odbiór zwrotu od Klienta - Imię i nazwisko kierowcy	Data, godzina	Ilość kartonów	Potwierdzenie przyjęcia do transportu, podpis Kierowcy	Pieczątko i podpis osoby zwracającej reklamowany towar	
Dostarczenie zwrotu do CF CEFARM (Komora Przyjęć)	Data, godzina	Ilość kartonów	Pieczątko i podpis pracownika Komory Przyjęć	Numer protokołu (wypełnia CF CEFARM)	

* właściwe zaznaczyć, w przypadku innych podmiotów wypełnia osoba uprawniona