Genesis Pharm Sp.J.

F-03/P006

Hurtownia Farmaceutyczna
ul. Obywatelska 128/152, 94-104 Łódź
Tel. 42 253 73 73, Fax. 42 253 73 72

……
(nadawca/odbiorca*)

Protokół reklamacji / zwrotu *

Lp.	Nazawa produktu	Ilość	Nr serii / Data ważności	Symbol rekl / zw	War. przech.	Rodzaj i numer faktury	Uwagi

Proponowany sposób załatwienie reklamacji**: 1)faktura korygująca o 2)wymiana o

SYMBOL REKLAMACJI / ZWROTU / WARUNKÓW PRZECHOWYWANIA

NT-nadwyżka w towarze	SR – niezgodność serii i/lub daty ważności	DW – krótka data ważności	L - lodówka
BT- brak w dostawie	PW – produkt wycofany z obrotu	R – zwrot (rezygnacja z zakupu)	CH - chłodnia
NZ – niezgodność z zamówieniem	OP – opakowanie uszkodzone	DN – dostawa nieprzyjęta	TP – temperatura pokojowa
ZM – zmiana (towar niezgodny z fakturą)	JA – wada jakościowa		

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zwracane produkty były przechowywane zgodnie z warunki określonymi przez wytwórcę.

……
(data, pieczątka i podpis)

Potwierdzam odbiór towaru:

……
(Data, podpis)

* nie dotyczy skreślić