



Formularz
Protokół reklamacji/zwrotu

Numer dokumentu:
P15/F01

Numer kopii
1

Wydanie **nr 3**
z dnia 01.02.2019

Strona
1 z 2

ZASADY REKLAMACJI I ZWROTÓW

Reklamacjom i zwrotom nie podlegają:

- produkty o niezgodnym numerze serii z dokumentacją dystrybucyjną Target (nr faktury, nr serii i termin ważności)
- produkty „ometkowane”,
- produkty przeterminowane,

Reklamacja ilościowa może być składana wyłącznie do 7 dni od daty przyjęcia przez odbiorcę. Reklamacje ilościowe składane po 7 dniach nie są uznawane.

Zwroty są przyjmowane wyłącznie po uzgodnieniu z Działem Logistyki nr tel: 74 840 50 30
Zwroty produktów leczniczych możliwe są do 14 dni od daty dostarczenia.

Nr protokołu* <i>wypełnia pracownik TARGET</i>				
ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE	<input type="checkbox"/> ZWROT		<input type="checkbox"/> REKLAMACJA	
Kod klienta* <i>wypełnia pracownik TARGET</i>		Pełna nazwa klienta		
NAZWA TOWARU <i>postać, dawka, wielkość opakowania</i>	NR FAKTURY	NR SERII I TERMIN WAŻNOŚCI	ILOŚĆ	

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności, oświadczam, że reklamowane/zwracane produkty

- były przechowywane zgodnie z wymaganiami podanymi na opakowaniu
- nie były wydane z apteki, sklepu
- nie stanowiły zwrotu przyjętego od pacjenta/klienta

.....
DATA, IMIENNA PIECZĄTKA I PODPIS KIEROWNIKA APTEKI LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ (w przypadku sklepu)



Formularz
Protokół reklamacji/zwrotu

Numer dokumentu:
P15/F01

Numer kopii
1

Wydanie **nr 3**
z dnia 01.02.2019

Strona
2 z 2

PRZYCZYNA ZWROTU/REKLAMACJI	
Wypełnia Hurtownia Farmaceutyczna Target	
Sposób rozpatrzenia	
<input type="checkbox"/> UZNANIE	<input type="checkbox"/> ODRZUCENIE, UZASADNIENIE
Opis dalszego postępowania	
Data i podpis pracownika działu Logistyki	Data i Podpis Osoby Odpowiedzialnej