

URTICA Sp. z o.o. 54-613 Wrocław, ul. Krzemieniecka 120
 Hurtownia Farmaceutyczna, Łódź, ul. Kinga C. Gillicie 1
 Dział reklamacji: Infolinia tel. 42 200 80 88, fax. 42 200 79 41, e-mail: reklamacje@urtica.pl

.....
 (pieczęć odbiorcy)

Protokół reklamacji / zwrotu*

Czy otrzymane opakowanie transportowe było zamknięte? ** TAK NIE

faktura korygująca wymiana dostanie towaru

Lp	Nazwa, postać farmaceutyczna i dawka produktu	Ilość	Nr serii/ Data ważności	Symbol reklamacji / zwrotu	Warunki przechowywania	Rodzaj i numer faktury (np. FD/FV	Uwagi

Proponowany sposób załatwienia reklamacji **: faktura korygująca wymiana dostanie towaru

* niepotrzebne skreślić, ** właściwe zaznaczyć

SYMBOL REKLAMACJI/ ZWROTU				WARUNKI PRZECHOWYWANIA
Reklamacje ilościowe	Reklamacje jakościowe usługi	Reklamacje jakościowe produktu	Zwroty	
BT - brak w dostawie	OP - opakowanie uszkodzone	JA - wada jakościowa	R - zwrot (rezygnacja apteki z zakupu)	L - Lodówka (2-8°C)
ZM - zamiana (towar niezgodny z fakturą)	TR - niezachowane warunki transportu	SR - niezgodność serii i / lub daty ważności	PW - produkt wycofany z obrotu	CH - Chłdnia (8-15°C)
NT - nadwyżka w dostawie	NZ - niezgodność z zamówieniem	DW - krótka data ważności		TP - Temperatura pokojowa (15-25°C)

Termin zwrotu 7 dni. Poniższe produkty nie podlegają zwrotom:

1. termolabilne: insuliny, surowice, szczepionki itp. 2. środki odurzające, psychotropowe i prekursorzy 3. sprowadzone na indywidualne zamówienie 4. uszkodzone, opisane, ometkowane itp.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zwracane produkty były przechowywane zgodnie z warunkami określonymi przez wytwórcę i nie były przedmiotem dalszej dystrybucji.

.....
 data, imienna pieczęćka i podpis Kierownika Apteki lub osoby upoważnionej

Potwierdzam przyjęcie towaru.....
 data, imienna pieczęćka i podpis pracownika magazynu reklamacji lub osoby upoważnionej