

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ**

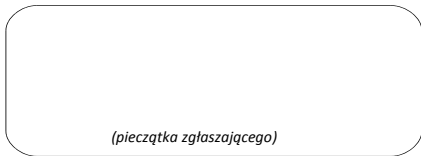
Tytuł dokumentu

Protokół zgłoszenia reklamacji/zwrotu

Sporządzono na podstawie:

-załącznika nr 1 do Procedury obsługi reklamacji

-załącznika nr 1 do Procedury postępowania ze zwrotami



(pieczętka zgłaszającego)

.....
(miejscowość, data)**PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI/ZWROTU**

Dane dotyczące reklamowanego/zwracanego towaru:

Nr faktury zakupu	Produkt (nazwa, postać, dawka, wielkość opakowania jednostkowego)	Ilość	Serial	Przyczyna reklamacji/zwrotu	Proponowana forma rozwiązania
			Data ważności		

Przyczyny zwrotu/reklamacji:

BTW - brak towaru

USZ - towar uszkodzony

NTW - nadwyżka towaru

BDS - błąd działu sprzedaży

NSR - niezgodność serii, daty ważności

NTF - niezgodność towaru z fakturą

NCZ - niezgodność ceny z zamówieniem

NZU - niezgodność ceny urzędowej

BSV - błędna stawka VAT

NZM - niezgodność z zamówieniem

RAP - rezygnacja apteki

INN - inne

KDW - krótka data ważności

WJK - wada jakościowa z winy producenta (proszę krótko opisać)

PWO - produkt wycofany (proszę dołączyć Protokół dot. wycofania)

RPC - reklamacja pacjenta (proszę krótko opisać)

Proponowany forma rozwiązania reklamacji/zwrotu

1 - wystawienie faktury korygującej

2 - dostarczenie brakującego towaru

3 - zamiana na właściwy asortyment

4 - wystawienie faktury obciążeniowej

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż wszystkie zwracane produkty były przechowywane zgodnie z wymaganiami podmiotu odpowiedzialnego.*

2. Produkty pełnowartościowe nie były zwracane ani reklamowane przez pacjenta.*

3. Produkt nie został sfałszowany.*

*niepotrzebne skreślić

Uwagi:

.....
(Pieczętka i podpis Kierownika apteki/punktu apt. lub osoby upoważnionej*)*Dla produktów leczniczych bezwzględnie wymagany jest podpis i pieczętka (w zależności o charakteru podmiotu) Osoby Odpowiedzialnej, kierownika apteki, działu farmacji szpitalnej, punktu aptecznego albo zakładu leczniczego dla zwierząt.

Potwierdzenie odbioru:

Ilość opakowań:	
temp. 15-25	
uwagi	

.....
data i podpis Kierowcy odbierającego reklamację/zwrot.....
data i podpis osoby przyjmującej reklamację/zwrot

Warunki reklamacji oraz zwrotów w hurtowni farmaceutycznej Przedsiębiorstwa Dystrybucji Farmaceutycznej SLAWEX Sp. z o.o.:

- Reklamacje i zwroty należy zgłaszać w terminie odpowiednio do 7 dni od daty otrzymania towaru na załączonym protokole z podaniem przyczyny.
- Zwrotom nie podlegają:
 - produkty wymagające specjalnych warunków przechowywania (tzw. zimny łańcuch)
 - środki odurzające, substancje psychotropowe i prekursorzy kategorii 1(tzw. środki kontrolowane)
 - produkty zakupione w akcjach promocyjnych lub sprowadzane na specjalne zamówienie,
 - produkty lecznicze, których cena urzędowa uległa zmianie,
 - produkty ometkowane lub opisane.
- Zwroty produktów wycofanych z obrotu odbywają się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 12.03.2008 r. (Dz.U. Nr 57, poz. 347)