

Sporządzono na podstawie:  
-załącznika nr 1 do Procedury obsługi reklamacji

.....  
(miejsowość, data)

(pieczętka zgłaszającego)

## PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI/ZWROTU

Dane dotyczące reklamowanego/zwracanego towaru:

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

**Przyczyny zwrotu/reklamacji:**

<b>BTW</b> - brak towaru	<b>NCZ</b> - niezgodność ceny z zamówieniem	<b>KDW</b> - krótka data ważności
<b>USZ</b> - towar uszkodzony	<b>NZU</b> - niezgodność ceny urzędowej	<b>WJK</b> - wada jakościowa z winy producenta (proszę krótko opisać)
<b>NTW</b> - nadwyżka towaru	<b>BSV</b> - błędna stawka VAT	<b>PWO</b> - produkt wycofany (proszę dołączyć Protokół dot. wycofania)
<b>BDS</b> - błąd działu sprzedawcy	<b>NZM</b> - niezgodność z zamówieniem	<b>RPC</b> - reklamacja pacjenta (proszę krótko opisać)
<b>NSR</b> - niezgodność serii, daty ważności	<b>RAP</b> - rezygnacja apteki	
<b>NTF</b> - niezgodność towaru z fakturą	<b>INN</b> - inne	

**Proponowany forma rozwiązania reklamacji/zwrotu**

<b>1</b> - wystawienie faktury korygującej	<b>2</b> - dostarczenie brakującego towaru	<b>3</b> - zamiana na właściwy asortyment	<b>4</b> - wystawienie faktury obciążeniowej
--	--	---	--

**OŚWIADCZENIA**

- Oświadczam, iż wszystkie zwracane produkty były przechowywane zgodnie z wymaganiami podmiotu odpowiedzialnego.\*
- Produkty pełnowartościowe nie były zwracane ani reklamowane przez pacjenta.\*
- 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)