



CENTRALA FARMACEUTYCZNA CEFARM SA, ul. Jana Kazimierza 16, 01-248 Warszawa  
REKLAMACJE: T: 22 63 40 348 F: 22 63 40 332, e-mail: reklamacje@cefarm.com.pl  
WYCOFANIA: T: 22 63 40 373 F: 22 63 40 377, e-mail: wycofania@cefarm.com.pl

Z.01/PH.06 Ed. 13

## PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI

Pieczętka zgłaszającego		Kod Klienta	Numer faktury		Data otrzymania towaru
		Numer reklamacji nadany przez SR	Data wystawienia		Data zgłoszenia reklamacji
Lp.	Nazwa produktu, postać, dawka, wielkość opakowania jednostkowego	Seria	Termin ważności	Ilość	Przyczyna reklamacji
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Przyczyny reklamacji		<b>N</b> - Nadwyżka, <b>B</b> - Brak, <b>W</b> - Wada jakościowa, <b>U</b> - uszkodzenie, <b>SD</b> - Niezgodność serii i daty ważności, <b>TW</b> - Krótki termin ważności, <b>NWT</b> - Nieprawidłowe warunki transportu, <b>IN</b> - inna przyczyna (opisać w uwagach), <b>WF</b> - Wycofanie z rynku			
<b>Zasady przyjmowania reklamacji</b>					
<b>Reklamacje dostaw będą przyjmowane:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>7 dni od daty odbioru dostawy</li><li>reklamacje jakościowe do końca terminu ważności produktu</li></ul>					
Warunki przechowywania (zaznaczyć właściwe)	2-8°C <input type="checkbox"/> ; 5-15°C <input type="checkbox"/> ; < 25°C <input type="checkbox"/> ; inne <input type="checkbox"/>				Pieczętka i podpis Kierownika Apteki /Hurtowni*
<b>Potwierdzam, że towary (w tym produkty lecznicze) były przechowywane i transportowane zgodnie z wymogami wytwórcy</b>					
<b>Uwagi</b>					
<b>Odbiór zwrotu od Klienta - Imię i nazwisko kierowcy</b>	Data, godzina	Ilość kartonów	Potwierdzenie przyjęcia do transportu, podpis Kierowcy		Pieczętka i podpis osoby zwracającej reklamowany towar
<b>Dostarczenie zwrotu do CF CEFARM (Komora Przyjęć)</b>	Data, godzina	Ilość kartonów	Pieczętka i podpis pracownika Komory Przyjęć		Data, pieczętka i podpis Pracownika Sekcji Reklamacji

\* właściwe zaznaczyć, w przypadku innych podmiotów wypełnia osoba uprawniona