

Dane klienta



reklamacje@salusint.com.pl  
Dział Reklamacji:  
tel.: 32 788-56-77, fax: 32/788-57-64

### PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY / PROTOKÓŁ ZWROTU

#### I WYPEŁNIA KLIENT

WARUNKI TRANSPORTU \* (*proszę zakreślić właściwe warunki transportu!!!*):

ŁODÓWKA (2°C÷8°C)

CHŁODNIA (8°C÷15°C)

POKOJOWA (15°C÷25°C)

LEK KONTROLOWANY \*\* (*zwrot tylko po uzyskaniu pisemnej zgody na zwrot leków psychotropowych lub odurzających*):

Imię, nazwisko Osoby Odbierającej:.....Nr rej. pojazdu:.....

Nr faktury	Data wystawienia faktury	Nazwa produktu	Ilość	Przyczyna reklamacji (numer*)	Forma rozwiązania (numer**)	Seria i data ważności

**\*\*\* Przyczyny reklamacyjne:**

- |                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. Nadwyżka                          | 8. Zła seria               |
| 2. Niedobór                          | 9. Produkt uszkodzony      |
| 3. Całkowity brak w dostawie         | 10. Produkt wycofany       |
| 4. Błąd magazynu /źle wydany produkt | 11. Brak leku w opakowaniu |
| 5. Błąd przyjmującego zamówienie     | 12. Rezygnacja klienta     |
| 6. Nieodpowiednia cena               | 13. Produkt sfalszowany    |
| 7. Krótka data ważności              |                            |

**\*\*\*\*Forma rozwiązania reklamacji:**

1. Faktura korygująca
2. Wymiana
3. Dostarczenie brakującego towaru
4. Obciążenie / faktura VAT

**Oświadczam, że zwracane produkty lecznicze były przechowywane zgodnie z wymogami producenta. Zostały zakupione w hurtowni Salus International Sp. z o.o.**

Reklamacje należy zgłosić najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych od daty sprzedaży towaru. .  
Poprawnie wypełniony reklamacyjny należy przesać razem ze zwracanym towarem.

Data i podpis Klienta( mgr farmacji )

#### II. WYPEŁNIA AKWIZYTOR

1. Data i godz. odbioru od klienta.	2. Podpis Kierowcy, temperatura transportu.
-------------------------------------	---

#### III. WYPEŁNIA HURTOWNIA

3.Data i podpis przyjmującego zwrot/reklamację. Nr faktury korygującej .	4.Zwrot towaru do Kontrahenta. Przyczyna odmowy. Data i podpis odrzucającej zwrot/ reklamację.
--	--

\*prosimy o zakreślenie właściwych warunków transportu, informacja dla Przewoźnika, dla warunków chłodni lub lodówki prosimy o dołączenie wydruku/rejestru z przechowywania produktów, podpisanych przez mgr farmacji zatrudnionego w aptece, dla każdego zakresu temperatur prosimy o wypełnienie oddzielnego dokumentu

\*\*zwrot tych produktów możliwy po uzyskaniu pisemnej zgody osoby odpowiedzialnej za obrót produktami kontrolowanymi, prosimy o wypełnienie oddzielnych dokumentów dla tej kategorii produktów

\*\*\*prosimy o wybranie przyczyny zwrotu/reklamacji

\*\*\*\*prosimy o wybór sposobu rozwiązania

ZWROT TOWARU DO REDYSTRYBUCJI/BRAK ZWOLNIENIA DO REDYSTRYBUCJI JEST WYKONYWANY W SYSTEMIE FAH-ELEKTRONICZNIE