



Nazwa dokumentu  
FORMULARZ  
**FORMULARZ  
REKLAMACJI/ZWROTU**

Numer kopii <b>ORYGINAŁ</b>	Strona 1 z 1
Numer dokumentu <b>PO05_01_Z09_01</b>	Wydanie 1 z dnia 20.01.2022r.

1.

**FORMULARZ REKLAMACJI/ZWROTU** na adres: **biuro@tradepharm.com.pl**

Nr i data faktury

Data dostawy

Numer pozycji na fakturze	Nazwa towaru handlowego (postać, dawka, wielkość opakowania)	Ilość	Numer serii	Data ważności	Powód zgłoszenia*

Oświadczam, że przechowywanie reklamowanych towarów handlowych odbywało się zgodnie ze specjalnymi wymogami dotyczącymi ich przechowywania określonymi przez wytwórcę .

.....  
Data, pieczęć i podpis kierownika

\* wybrać właściwe

**Przyczyna reklamacji:**

**REKLAMACJE DYSTRYBUCYJNE  
ILOŚCIOWE**

B - brak w dostawie  
N - nadwyżka w dostawie  
ST - stłuczka, zgniecenie, uszkodzenie

**REKLAMACJE DYSTRYBUCYJNE  
ASORTYMENTOWE**

KTW - krótka data ważności  
ZM - zmiana w asortymencie  
NZ - niezgodność z zamówieniem  
NWT - nieprawidłowe warunki transportu  
NSD - nieprawidłowa seria, data ważności  
PC - nieprawidłowy kod

**REKLAMACJE JAKOŚCIOWE**

W -podejrzenie wady jakościowej  
SF - produkt podejrzany o sfalszow.  
WS/WC - wstrzymanie serii wycofanie serii  
WC - wycofanie serii  
KOW-niezgodność podczas weryfikacji 2D  
ATD - uszkodzone zabezpieczenie

INN – inne

MZ – niezgodność numeru MZ/ DOP/ Decyzji/ Zgody