

Dane klienta
--------------



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

PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY nr .....  
 (wypełnia hurtownia)

**I. WYPEŁNIA KLIENT**

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

\* Przyczyny reklamacyjne:

\*\*Forma rozwiązania reklamacji:

\*\*\*Warunki transportu:

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

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

Ch-chłodnia
K- leki psychotropowe, narkotyki
L-lodówka

**Oświadczam, że zwracane produkty lecznicze były przechowywane zgodnie z wymogami producenta, zostały zakupione w hurtowni Salus International Sp. z o.o., nie były wydane z apteki i nie pochodzą ze zwrotów przyjętych od pacjenta.**

Reklamacje należy zgłosić najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych od daty sprzedaży towaru. .  
 Poprawnie wypełniony protokół reklamacyjny należy przesać razem ze zwracanym towarem.  
 Oświadczenie winien podpisać kierownik apteki lub upoważniony przez kierownika apteki  
 magister farmacji (podpis i imienna pieczętka)

pieczętka i podpis kierownika apteki / mgr farm./

**II. WYPEŁNIA AKWIZYTOR**

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

**III. WYPEŁNIA HURTOWNIA**

1. Nr faktury korygującej:	2.Data i podpis przyjmującego reklamacje
----------------------------	------------------------------------------

Zwalniam do redystrybucji.	Nie zezwalam na redystrybucję z powodu:
Data i podpis	Data i podpis