

Hurtownia Farmaceutyczna InPharm	FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI / ZWROTU	IP-Z01-SOP-ZJ-04-08
		Strona 1 z 1

Pieczętka Odbiorcy:	Telefon, e-mail**:	Telefon i e-mail do Działu reklamacji: 665-660-670 reklamacje@inpharm.pl
	Data zgłoszenia:	
Nr faktury:	z dn.:	

Nazwa produktu, dawka, wielkość opakowania, kraj eksportu	Nr serii, data ważności	Ilość	Przyczyna reklamacji / zwrotu		Propozycja realizacji reklamacji / zwrotu	
				<u>Przyczyna reklamacji:</u> BR - brak towaru, ND - nadwyżka, ZA - zamiana, US - uszkodzenie, UT - uszkodzenie w transporcie * NZ - towar niezgodny z zamówieniem WJ - wada jakościowa / podejrzenie wady jakościowej <u>Przyczyna zwrotu:</u> PR - prośba klienta, BP -błąd przewoźnika ZDW- data ważności WC - wycofanie GIF ZC – zwrot cena		FVK (faktura korygująca)
						ZWR (zwrot)
						WYM (wymiana)
						DOS (dosyłka)
						FVO (faktura obciążająca)

POTWIERDZAM, ŻE w/w PRODUKTY BYŁY PRZECHOWYWANE ZGODNIE Z WYMAGANIAMI OKREŚLONYMI PRZEZ PRODUCENTA, NIE BYŁY PRZEDMIOTEM DALSZEJ DYSTRYBUCJI ORAZ KODY 2D (UI) NIE ZOSTAŁY WYCOFANE Z BAZY NMVS (produkty podlegające serializacji).

****Polityka prywatności „RODO” dostępna na:** https://inpharm.pl/do_pobrania/KlauzulaRODO.pdf

Reklamacje ilościowe i dystrybucyjne (uszkodzenia) są przyjmowane w ciągu 5 dni a zwroty ilościowe w ciągu 10 dni roboczych od otrzymania towaru przez Odbiorcę. Rozpatrzenie reklamacji / zwrotu - do 14 dni roboczych od daty przesłania formularza zgłoszenia reklamacji / zwrotu.

***wymagany wypełniony protokół szkody w transporcie (dostępny u kuriera)**

.....
**Data, pieczętka i podpis Kierownika podmiotu
lub upoważnionej osoby****

nr sprawy: **data i podpis osoby rozpatrującej:**