

Hurtownia Farmaceutyczna InPharm	FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI / ZWROTU NR /..... /.....	IP-Z01-SOP-ZJ-04-07
		Strona 1 z 1

Pieczętka Odbiorcy:	Nr klienta:		Data zgłoszenia:		
	Imię i nazwisko osoby zgłaszającej reklamacje/zwrot*		Telefon, e-mail:		
Nr faktury:	z dnia:		Telefon do Działu reklamacji: 665 660 670		
Nazwa produktu leczniczego/ wyrobu medycznego/suplementu diety/środka kontrolowanego, dawka, wielkość opakowania, kraj eksportu	Nr serii, data ważności	ilość	Przyczyna reklamacji/zwrotu		Propozycja załatwienia reklamacji/zwrotu
			Przyczyny reklamacji: BR -brak w dostawie, ND -nadwyżka, NZ -niezgodne z zamówieniem US -uszkodzenie, UT – uszkodzenie w transporcie , WF -wada fabryczna opakow/nieczyt.nadruk. WW -zmiana wyglądu produktu. lecz. WO -zawartość niezgodna z opisem na opak ZA -zamiana dawki, serii itp. ZND -nieterminowa dostawa Przyczyny zwrotu: PR - prośba klienta, ZC - cena ZDW -data ważności WC -wycofanie GIF		

NINIEJSZYM POTWIERDZAM, ŻE w/w PRODUKTY LECZNICZE/WYROBY MEDYCZNE/SUPLEMENTY DIETY/ŚRODKI KONTROLOWANE BYŁY PRZECHOWYWANE ZGODNIE Z WYMAGANIAMI OKREŚLONYMI PRZEZ WYTWÓRCĘ, NIE BYŁY ZWRACANE PRZEZ PACJENTA ORAZ NIE ZOSTAŁY WYCOFANE Z BAZY NMVS (produkty podlegające serializacji).

Data:.....**podpis i pieczętka kierownika:** **data:**.....**podpis osoby rozpatrującej:**

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 14dni roboczych od daty przesłania formularza zgłoszenia reklamacji / zwrotu.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez: InPharm Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Strumykowej 28/11, w celu przesyłania informacji o realizacji zgłoszonych reklamacji/zwrotów, zgodnie z ustawą obowiązującą od dnia 25 maja 2018r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (dalej „RODO”): [InPharm Sp. z o.o.](#)

Niniejszą zgodę składam dobrowolnie oraz potwierdzam, że zostałem poinformowany o prawie wglądu, poprawienia oraz usunięcia swoich danych.

TAK	NIE
------------	------------