

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

|   |  |       |  |  |  |
|---|--|-------|--|--|--|
| <b>Pieczętka Odbiorcy:</b>  | Nr klienta:  |       | Data zgłoszenia:   |  |  |
|   | Imię i nazwisko osoby zgłaszającej reklamacje/zwrot* |       | Telefon, e-mail:   |  |  |
| Nr faktury:   | z dnia:  |       | Telefon do Działu reklamacji:<br><b>665 660 670</b>  |  |  |
| 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 |
|   |  |       | <b>Przyczyny reklamacji:</b><br><b>BR</b> -brak w dostawie,<br><b>ND</b> -nadwyżka,<br><b>NZ</b> -niezgodne z zamówieniem<br><b>US</b> -uszkodzenie,<br><b>UT</b> – <b>uszkodzenie w transporcie</b> ,<br><b>WF</b> -wada fabryczna opakow/nieczyt.nadruk.<br><b>WW</b> -zmiana wyglądu produktu. lecz.<br><b>WO</b> -zawartość niezgodna z opisem na opak<br><b>ZA</b> -zamiana dawki, serii itp.<br><b>ZND</b> -nieterminowa dostawa<br><b>Przyczyny zwrotu:</b><br><b>PR</b> - prośba klienta, <b>ZC</b> - cena<br><b>ZDW</b> -data ważności <b>WC</b> -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.

|            |            |
|------------|------------|
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
|------------|------------|