

## PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY

**zwroty towarów przyjmujemy wyłącznie z prawidłowo wypełnionym protokołem reklamacyjnym**

*Dane klienta (pieczętka)*

Data \_\_\_\_\_

**Reklamacje przyjmowane są w nieprzekraczalnym terminie 7 dni od daty dostarczenia towaru**

**Numer i data wystawienia faktury zakupu**

Nazwa, postać, dawka produktu reklamowanego	Ilość	Seria	Data ważności	Przyczyna reklamacji	Warunki przechow.	Sposób rozpatrzenia

**Numer i data wystawienia faktury zakupu**

Nazwa, postać, dawka produktu reklamowanego	Ilość	Seria	Data ważności	Przyczyna reklamacji	Warunki przechow.	Sposób rozpatrzenia

**Przyczyna reklamacji**

**A** zwrot na prośbę klienta  
**B** błąd przyjmującego zamówienie  
**C** krótka data ważności  
**D** niezgodność serii  
**E** produkt uszkodzony  
**F** nadwyżka w dostawie  
**G** brak w dostawie (całkowity)  
**H** brak w dostawie (częściowy)  
**I** produkt wycofany z obrotu  
**J** wydano inny produkt  
**K** nieodpowiednia cena

**Sposób rozpatrzenia reklamacji**

**WY**-wymiana  
**DO**-dopakowanie  
**FV**- wystawienie faktury Vat (nadwyżka)  
**KF**- wystawienie faktury korygującej (brak)

**Towary nie podlegające zwrotom**

\* uszkodzone, ometkowane, niepełne (nie nadające się do redystrybucji)  
 \* nie zakupione w PHOENIX Pharma Polska  
 \* z akcji promocyjnych

Oświadczam, że zwracane produkty lecznicze były przechowywane zgodnie z wymogami producenta

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis kierownika apteki

Czytelny podpis zgłaszającego reklamację

Z upoważnienia Kierownika hurtowni wypełnia pracownik Działu Reklamacji PPP	
Zwalniam do redystrybucji	Nie zezwalam na redystrybucję
Data i podpis _____	Data i podpis _____