



NOVO S.A.
ul. Mikołowska 93
43-100 TYCHY
Tel. 32 784 40 55/56

Załącznik nr 1 do POH-15

PROTOKÓŁ REKLAMACJI / ZWROTU *

KOD APTEKI	
------------	--

DATA REKLAMACJI / ZWROTU	
NR FAKTURY	

LP	NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	PRZYCZYNA REKLAMACJI / ZWROTU

PRZYCZYNY REKLAMACJI/ZWROTU:

- R** - REZYGNACJA Z ZAKUPU
- N** - NADWYŻKA W DOSTAWIE
- B** - BRAK TOWARU W DOSTAWIE
- U** - USZKODZONY TOWAR
- W** - WADA JAKOŚCIOWA
- NZ** - NIEZGODNOŚĆ Z ZAMÓW.
- DW** - KRÓTKA DATA WAŻNOŚCI
- NS** - NIEZGODNOŚĆ SERII
- WC** - PRODUKT WYCOFANY Z OBROTU
- IN** - INNA PRZYCZYNA (OPISAĆ W UWAGACH)

UWAGI:

Oświadczam, że zwracane produkty były przechowywane zgodnie z wymaganiami producenta, zostały zakupione w hurtowni NOVO S.A. oraz nie były wydane z apteki.

WARUNKI PRZECHOWYWANIA I TRANSPORTU (PROSZĘ ZAZNACZYĆ):

2-8°C **

do 25°C

DATA I GODZ. ODBIORU	
CZYTELNY PODPIS KIEROWCY	

Podpis i pieczętka kierownika lub osoby upoważnionej

UWAGA !!! REKLAMACJE NALEŻY ZGŁOSIĆ W CIĄGU 7 DNI OD DATY SPRZEDAŻY

ZWROTY PRZYJMOWANE BĘDĄ PO PODANIU PRZYCZYNY W TERMINIE 14 DNI OD DATY SPRZEDAŻY

ZWROTOM NIE PODLEGAJĄ PRODUKTY :

1. WYMAGAJĄCE ZACHOWANIA ZIMNEGO ŁAŃCUCHA
2. USZKODZONE, OPISANE, METKOWANE
3. KTÓRYCH CENA **UR** ULEGŁA ZMIANIE
4. POCHODZĄCE Z AKCJI PROMOCYJNYCH
5. SPROWADZONE NA INDYWIDUALNE ZAMÓWIENIE

* Niepotrzebne skreślić

** Zwrot za zgodą kierownika hurtowni