

PARAFARMACJA Sp. z o.o.
 ul. Długa 5, Wolica, 05-830 Nadarzyn
 NIP 534-248-70-83 REGON 140392299
 KRS 250205

Pieczęć podmiotu dokonującego zwrotu

Protokół zwrotu handlowego

Data sporządzenia protokołu

Lp.	Nr faktury	Towar (nazwa, dawka, postać, wielkość op.)	Ilość	Numer serii i data ważności	Przyczyna zwrotu	Uwagi

Znak Przyczyny zwrotu (w tabelę powyżej proszę wpisać dwuliterowy znak)

RK – Rezygnacja klienta

WC – wysoka cena

OZ – omyłkowe zamówienie

UWAGA! Zwroty handlowe będą przyjmowane w terminie do 14 dni od dnia dostawy towaru.

Oświadczam, że zwracane towary były przechowywane zgodnie z warunkami określonymi przez wytwórcę.

Warunki przechowywania:

do 25 st. C 2 - 8 st. C inne (proszę wpisać)

(podpis i pieczęć Kierownika apteki
/ hurtowni lub osoby uprawnionej)

Data i czytelny podpis kierowcy
zwracającego towar