

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

Pieczęć podmiotu składającego reklamację

Protokół reklamacji

Data sporządzenia protokołu

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

Znak Przyczyny reklamacji (w tabelę powyżej proszę wpisać dwuliterowy znak)		
BT - Brak towaru	NT - nadwyżka towaru	UT - uszkodzenie opakowania
KD - krótka data ważności	SD - niezgodność serii lub daty ważności	WJ - Wada jakościowa
NZ - niezgodność z zamówieniem	PS - podejrzenie sfałszowania	WT - towar wycofany z obrotu

<p>Oświadczam, że zwracane towary były przechowywane zgodnie z warunkami określonymi przez wytwórcę.</p> <p>Warunki przechowywania:</p> <p><input type="checkbox"/> do 25 st. C <input type="checkbox"/> 2 - 8 st. C <input type="checkbox"/> inne (proszę wpisać)</p>	<p>(podpis i pieczęć Kierownika apteki / hurtowni lub osoby uprawnionej)</p>	<p>Data i <u>czytelny</u> podpis kierowcy zwracającego towar</p>
		<p> </p>