

Vyřízeno dne: podpis.....

REKLAMAČNÍ PROTOKOL

Č. /

DATUM			
	NÁZEV	ČÍSLO D.L.*	ČÍSLO VRATKY*
ODBĚRATEL*			
DODAVATEL*			

*) NEHODÍCÍ SE ŠKRTNĚTE

PRODUKT					
ČÍSLO	KÓD SÚKL	POČET A NÁZEV	EXSPIRACE	ŠARŽE	DŮVOD VRÁCENÍ
1.					
2.					
3.					

DNE:

ZPRACOVAL (JMENOVKA, PODPIS):

ŘEŠENÍ REKLAMACE

ČÍSLO	DATUM	SCHVÁLENÍ/ZAMÍTNUTÍ REKLAMACE, ŘEŠENÍ, NÁPRAVA (PŘI ZAMÍTNUTÍ UVÉST DŮVOD)	PROPUŠTĚNO DO DISTRIBUCE ANO/NE	PODPIS KVALIFIKOVANÉ OSOBY
1.				
2.				
3.				

BYLO PROHLÁŠENÍ ODBĚRATELE O UCHOVÁVÁNÍ LÉKŮ
ZA PŘEDEPSANÝCH PODMÍNEK?

ANO – NE*

*) NEHODÍCÍ SE ŠKRTNĚTE