



Bonopharm Sp. z o.o.

**Hurtownia Farmaceutyczna
ul. Żurawia 55 , 25-653 Kielce
Tel. 41 314 20 60, Fax. 41 314 20 60**

office@bonopharm.com

.....
(nadawca/odbiorca*)

Protokół reklamacji / zwrotu *

Lp.	Nazwa produktu	Ilość	Nr serii / Data ważności	Symbol rekl / zw	War. przech.	Rodzaj i numer faktury	Uwagi

Proponowany sposób załatwienie reklamacji**:

1) faktura korygująca o	2) wymiana o
-------------------------	--------------

SYMBOL REKLAMACJI / ZWROTU / WARUNKÓW PRZECHOWYWANIA

NT-nadwyżka w towarze	SR – niezgodność serii i/lub daty ważności	DW – krótka data ważności	L - lodówka
BT- brak w dostawie	PW – produkt wycofany z obrotu	R – zwrot (rezygnacja z zakupu)	CH - chłdnia
NZ – niezgodność z zamówieniem	OP – opakowanie uszkodzone	DN – dostawa nieprzyjęta	TP – temperatura pokojowa
ZM – zmiana (towar niezgodny z fakturą)	JA – wada jakościowa		

OŚWIADCZENIE

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

.....
(data, pieczęć i podpis)

Potwierdzam odbiór towaru:
(Data, podpis)

* nie dotyczy skreślić