

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΕΜΠΟΡΕΥΣΙΜΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΥΛΑΞΗΣ (2°- 8° C)

Συμπληρώνεται από τον πελάτη:

Ημερομηνία Αίτησης Επιστροφής: _____

Επωνυμία Πελάτη: _____

Προϊόν προς επιστροφή: _____ TEM _____ Ημερ.Λήξης _____
Μοναδικός Αριθμός ΕΟΦ. _____

Ο/Η υπογράφων/ουσα βεβαιώνω υπεύθυνα πως το παραπάνω προϊόν προς επιστροφή διατηρήθηκε στις κατάλληλες συνθήκες φύλαξης καθ' όλη την παραμονή του στην κυριότητα μου και καμία παρέμβαση δεν έχει γίνει στην αρχική συσκευασία του. Η ευθύνη διασφάλισης της ποιότητας του είναι αποκλειστικά δική μου μέχρι την παράδοση στο εξουσιοδοτημένο άτομο της ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ.

Υπογραφή φαρμακοποιού _____ Όνομα _____

Ημερομηνία _____

Σφραγίδα Φαρμακείου

Συμπληρώνεται από το τμήμα επιστροφών:

Ημερομηνία παραλαβής από το τμήμα επιστροφών _____

Όνομα υπεύθυνου επιστροφών _____ Υπογραφή _____

Ημερ. Αγοράς _____ Αριθμ.Τιμ _____

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

ΑΠΟΡΡΙΠΤΕΤΑΙ

Αιτία απόρριψης αιτήματος:

Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο φαρμακοποιό ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ:

Τα παραπάνω εμπορεύματα ελέγχθηκαν και κρίνονται κατάλληλα
για να επιστρέψουν στο εμπορεύσιμο απόθεμα

Τα παραπάνω εμπορεύματα ελέγχθηκαν και κρίνονται **ακατάλληλα**
για να επιστρέψουν στο εμπορεύσιμο απόθεμα.

Τα προϊόντα ΔΕΝ επιστρέφουν στο εμπορεύσιμο απόθεμα και παραμένουν σε διακριτό χώρο.

Ενέργειες: _____

Όνομα υπεύθυνου φαρμακοποιού _____ Υπογραφή _____