

Protokol / Vratku vyplňte elektronicky a po vytlačení podpíšte a priložte k reklamovanému tovaru.

Názov lekárne / odberateľa:

Adresa (ulica, mesto, PSČ):

IČO:

Vybavuje (meno, priezvisko):

Telefón a E-mail:

Dôvod reklamácie:

Číslo faktúry:

Názov tovaru	Veľkosť balenia / počet kusov	Šarža	Cena bez DPH
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		

Svojím podpisom potvrdzujem, že tovar bol uchovávaný za predpísaných skladovacích podmienok (nebol vystavený nežiadúcim vplyvom a bol skladovaný podľa zásad Správnej distribučnej praxe).

Telefonická dohoda - dátum* S kým sa jednalo: *.....

S akým záverom:*
(*nepovinné)

Dátum uplatnenia reklamácie: podpis a pečiatka:

Prevzal vodič dňa: