VRATKA ZBOŽÍ k dodacímu listu č. …….

Reklamace jsou přijímány na adrese Dr.Kulich Pharma,s.r.o., Černokostelecká 1621, 251 01 Říčany u Prahy.

Evidenční číslo reklamace …….…….

(vyplňuje pracovník útvaru řízení jakosti)

Sortiment **Č. šarže** **Velikost balení** **Počet kusů**

……...…….

……....

Telefonická dohoda

S kým bylo jednáno: …….Kdy:……....

S jakým závěrem……..

Důvod vrácení

(označte „X“)

…… nedodáno …… stahuje se …… záměna

…… neobjednáno …… cena …… exspirace

…… vada zjevná …… vada skrytá

…… kvalita …… chybná objednávka zákazníka

Kvalitativní důvod :……..

Čestné prohlášení :

Prohlašujeme tímto, že vrácené zboží bylo u nás skladováno v souladu s podmínkami správné distribuční praxe a nebylo vystaveno nežádoucím vlivům (vyhláška č. 229/2008 Sb., §39)

Přepravní obal	Počet

Jméno odpovědné osoby zákazníka:

Datum, razítko a podpis:

(Vyplňují řidiči a pracovníci jištění jakosti)

……..

Převzal řidič, dne: Zpracoval za ÚŘJ, dne:

Další postup: Vyřízeno dne: