



LEK4YOU

**FORMULARZ REKLAMACJI/ZWROTU**  
**COMPLAINT/RETURN FORM**

Numer:	P-02.Z.04
Wersja:	5
Obowiązuje od:	01.06.2024

LEK4YOU Sp. z o.o. 41-303 Dąbrowa Górnicza ul. Tworzeń 122

**Wypełnia odbiorca zgłaszający reklamację/zwrot**  
**To be completed by the customer submitting the complaint/return form**
**Numer faktury**  
**Invoice number**
**Data dostawy towaru do odbiorcy**  
**Delivery date of goods to customer**

Nazwa produktu Product name	Seria na fakturze Batch number on invoice	Data ważności na fakturze Expiry date on invoice	Ilość reklamowana/ zwracana Quantity of complaint/ return	Symbol reklamacji / zwrotu <sup>1</sup> Symbol of complaint /return <sup>1</sup>	Wymagania temperaturowe dla produktu Temperature storage conditions for product	Dodatkowe uwagi Additional comments
					<input type="checkbox"/> < 25 °C <input type="checkbox"/> 2-8 °C <input type="checkbox"/> inne / other. .....	
					<input type="checkbox"/> < 25 °C <input type="checkbox"/> 2-8 °C <input type="checkbox"/> inne / other. .....	
					<input type="checkbox"/> < 25 °C <input type="checkbox"/> 2-8 °C <input type="checkbox"/> inne / other. .....	

<sup>1</sup> BT – brak towaru / *missing product*, NT – nadwyżka towaru / *surplus of product*, UO – uszkodzone opakowanie / *damage of product*, SR – niezgodność serii i/lub daty ważności / *mismatch of batch or expiration date*, DW – krótka data ważności / *short expiry date*, BŁ – towar nie zamawiany lub niezgodny z zamówieniem / *product not ordered or inconsistent with the order*, CN – nieprawidłowa cena / *incorrect price*, JA – wada jakościowa / *quality defect*, TR – nieprawidłowe temperaturowe warunki transportu / *incorrect temperature conditions of transport*, SF – podejrzenie sfalszowania / *suspected falsification*, ZT – zwrot na prośbę / *return upon request*, GIF – produkt leczniczy wycofany decyzją GIF / *medicinal product recalled*, WC - produkt wycofany / *product recalled*, IN - inny (opisać jaki przyczyna) / *other (describe the reason)*

 .....  
 Pieczętka lub nazwa i adres firmy zgłaszającej / *Customer stamp or name and address of company*

 .....  
 Data i Podpis pracownika odbiorcy / *Date and signature of customer's employee*



LEK4YOU

**FORMULARZ REKLAMACJI/ZWROTU  
COMPLAINT/RETURN FORM**

Numer:	P-02.Z.04
Wersja:	5
Obowiązuje od:	01.06.2024

LEK4YOU Sp. z o.o. 41-303 Dąbrowa Górnicza ul. Tworzeń 122

**Oświadczenia  
Statements**

- Oświadczam, że reklamowane / zwracane produkty były przechowywane w sposób zgodny z wymaganiami określonymi przez producenta lub podmiotu odpowiedzialnego oraz nie były przedmiotem dalszej dystrybucji.  
*I hereby declare that the complained/returned products were stored in accordance with the requirements specified by the manufacturer or the Marketing Authorization Holder and were not the subject of further distribution.*
- Oświadczam, że w przypadku zgłoszenia wady jakościowej dopełnione zostały obowiązki wynikające z regulacji prawnych dotyczących postępowania z wadami jakościowymi produktów obowiązujących w kraju odbiorcy. W odniesieniu do odbiorców terytorium Rzeczypospolitej Polskiej powiadomiony został właściwy Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, który podjął decyzję o przekazaniu produktu do dostawcy.  
*In the case of quality defect complaint, I hereby declare that the obligations arising from the legal regulations regarding the handling of quality defects in the customers' country have been fulfilled. According to customers in the territory of the Republic of Poland, the competent Provincial Pharmaceutical Inspectorate was notified and decided to transfer the product to the supplier.*

.....  
 Podpis Kierownika apteki lub punktu aptecznego / Osoby Odpowiedzialnej w hurtowni farmaceutycznej / upoważnionego magistra farmacji / Osoby upoważnionej  
*Signature of the Pharmacy Manager / Responsible Person of the pharmaceutical wholesaler / Authorized Master of Pharmacy / Authorized Person*