

FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI / ZWROTU

| | | | |
|---|--|-------|-----------------------------|
| Pharma Medical House Sp. z o.o. Pod Lipą 4/lok. U6, 02-798 Warszawa | Imię i nazwisko osoby zgłaszającej reklamacje/zwrot* | | Data zgłoszenia: |
| Nr faktury: | z dnia: | | Telefon, e-mail: |
| Nazwa produktu leczniczego/ wyrobu medycznego/suplementu diety | Nr serii, data ważności | ilość | Przyczyna reklamacji/zwrotu |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| | | | |

NINIEJSZYM POTWIERDZAM, ŻE w/w PRODUKTY LECZNICZE/WYROBY MEDYCZNE/SUPLEMENTY DIETY/ŚRODKI KONTROLOWANE
BYŁY PRZECHOWYWANE ZGODNIE Z WYMAGANIAMI OKREŚLONYMI PRZEZ WYTWÓRCĘ.