

4. Melléklet

Gyógyszerellátási reklamációs lap

Igénylő klinika:

Szállítás ideje:

Bizonylatszám:

Reklamáció oka:

Téves rendelés Téves rendelésvétel Közeli lejárat Sérülés minőségi probléma

Téves kiszállítás: Csere Hiány Többlet

Egyéb:

| Visszaküldött gyógyszer neve | Mennyisége | Lejárat ideje | Hűtött készítmény igen/nem |
|------------------------------|------------|---------------|----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Jóváírást kér

Bizonylaton nem szerepel

Cserét kér

Mennyiségi eltérés esetén:

| Gyógyszer neve | Kiterhelt mennyiség (db) | Kiszállított mennyiség (db) | Lejárat ideje |
|----------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Pótlást kér

Terhelést kér

Jóváírást kér

Megjegyzések:

Dátum:

aláírás, klinikai pecsét