



Reklamation / Retur

Fyll i formuläret för hand och lägg i returlådan med varan/varorna

Kreditering vid retur kan endast göras vid uppenbar felbeställning. Därutöver krävs att varan är oöppnad, förvaras i rumstemperatur samt att returen sker inom tre arbetsdagar.

Kunduppgifter

Avdelning/ mottagning:	
ApoEx Kundnr:	Sjukhus:
Telefon:	Mail:
Ordernummer:	Orderdatum:

Orsak till reklamation eller retur:

--

Retur av:

Varunummer:	Produktnamn, styrka och beredningsform:	Förp.storlek:
Batchnummer:	Utgångsdatum:	Antal förpackningar:

Läkemedlet har förvarats enligt korrekta förvaringsbetingelser Ja Nej

Ska styrkas med kopia av protokoll för temperaturkontroll från läkemedelsrum

Namn ansvarig sjuksköterska/motsvarande:	Datum och namnteckning:

Ifylles av ApoEx:

Mottaget, datum och signum farmaceut:	Hanterat, datum och signum farmaceut: