



Blankett för reklamation

Beställande vårdenhet

| | |
|-------------------------------------|--|
| Vårdenhet: | Telefonnummer: |
| Sjukhus: | Kundnummer: |
| Kundorder: | Datum: |
| Uppgiftslämnare (namn, mailadress): | Önskas svar från tillverkaren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

Reklamation av

| Varunummer | Produktnamn och styrka | Förpackningstyp/beredningsform |
|------------|------------------------|--------------------------------|
| | | |

| Batchnummer | Utgångsdatum | Antal förpackningar | Beredningsdatum |
|-------------|--------------|---------------------|-----------------|
| | | | |

Orsak till reklamation

| |
|--|
| |
|--|

Om reklamationen sker efter upplevd biverkan p.g.a. ett eventuellt kvalitetsfel, behöver nedanstående information om patienten fyllas i:

- Man
- Kvinna

Ålder: _____

Blanketten faxas till 08 512 557 59 eller mailas till order.norrland@apoex.se

Returetikett som ska fästas på backen återfinns på sida 2.



RETURETIKETT

Hanteras och transporteras enl. GDP
Transporttemperatur 5-25° C.

Varunr: A10183



RG-nummer: _____

Härmed intygas att varorna har förvarats och hanterats i enlighet med tillverkarens instruktioner.

Sign: _____