****

**Reklamation / Retur**

Vid retur, reklamation och indragning faxas/mailas denna blankett till ApoEx. Invänta sedan returgodkännande för att kunna returnera varan.

**Kunduppgifter**

|  |
| --- |
| Förrådets GLN-kod: |
| Beställande enhet: |
| Kundnr: **C-** | Sjukhus: |
| Telefon: | Mail: |
| Säljorder: | Beställningsdatum: |

**Orsak till retur:**

|  |
| --- |
|  |

Retur av:

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

Önskas svar från tillverkaren vid reklamation

* Ja
* Nej

|  |  |
| --- | --- |
| Namn ansvarig sjuksköterska/motsvarande:  | Datum och namnteckning: |

**Ifylles av ApoEx:**

|  |  |
| --- | --- |
| Mottaget, datum och signum: | Hanterat, datum och signum: |