


ADYTON medical devices SK s. r. o.	REKLAMAČNÝ ZÁZNAM	
Záznamová dokumentácia SDP	F/08/01/AMD	
VERZIA: 01	PLATNOSŤ OD: 7.3.2025	

REKLAMAČNÝ ZÁZNAM

ODBERATEĽ	
Názov odberateľa:	Kontaktná osoba:
Adresa odberateľa:	Telefónne číslo: E-mail:
Číslo faktúry:	Dátum dodania:
REKLAMOVANÉ LIEKY	
Názov lieku:	Množstvo:
ŠÚKL kód:	Teplotný režim 2-8°C: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Šarža:	Exspirácia:
Dôvod reklamácie:	
Je reklamácia spojená s nežiaducou reakciou na liek? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, prosím o vyplnenie Formulára pre hlásenie nežiaduceho účinku lieku (F/32/01/AMD)	
PREHLÁSENIE	
Odberateľ čestne prehlasuje, že s reklamovanými liekmi bolo zaobchádzané v súlade so Správnou lekárenskou praxou alebo Správnou veľkodistribučnou praxou a boli skladované v súlade s podmienkami výrobcu lieku.	
Dátum prehlásenia:	Meno a podpis odborného zástupcu:
Odovzdal za odberateľa (meno, pečiatka, podpis):	
Dátum reklamácie:	
Prevzal za dodávateľa (meno, podpis):	
Dátum prevzatia:	