

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το έντυπο και να το στείλετε
στο customerservicegr@cslbehring.com ή στο fax: 210 72 55 663

Στοιχεία πελάτη		Κωδικός επιστροφής:
Επωνυμία:		
Διεύθυνση:		
Αριθμός Δελτίου Αποστολής:		
Πληροφορίες Προϊόντος και Βεβαίωση Συνθηκών Φύλαξης		
Όνομασία Προϊόντος:	Αρχική ημερομηνία αποστολής:	
Αριθμός παρτίδας/ Ημερομηνία λήξης:	Ημερομηνία παραλαβής:	
Ποσότητα προϊόντος (τεμάχια):		
1) Αιτία επιστροφής: Λήξη εξαμήνου <input type="checkbox"/> Άλλη περίπτωση <input type="checkbox"/>		
Περιγράψτε την «Άλλη περίπτωση» και συμπληρώστε τα πεδία 2-8:		
2) Φυλάχθηκε το προϊόν σύμφωνα με τις εγκεκριμένες συνθήκες φύλαξης; Παρακαλώ προσκομίστε τεκμηρίωση για την ορθή φύλαξη των προϊόντων (π.χ. αντίγραφα διαγραμμάτων καταγραφής θερμοκρασίας, φωτογραφίες κλπ.)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
3) Χρησιμοποιήθηκε το προϊόν από κάποιον ασθενή ή προωθήθηκε εκτός του χώρου σας (π.χ. από φαρμακαποθήκη σε φαρμακείο ή από φαρμακείο νοσοκομείου σε κλινική/θάλαμο/ νοσηλεύτη);	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
4) Έχει επισημανθεί το προϊόν με οποιονδήποτε τρόπο για την αποφυγή ενδεχόμενης επαναχρησιμοποίησής του;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
5) Βρίσκεται το προϊόν στην αρχική, άθικτη και κλειστή του συσκευασία και σε καλή κατάσταση; Παρακαλώ προσκομίστε φωτογραφίες, εφόσον υπάρχουν	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
6) Έχετε προμηθευτεί το προϊόν απευθείας από τη CSL Behring;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
7) Έχει κινηθεί το προϊόν εκτός της επίσημης αλυσίδας διανομής;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
8) Σχόλια:		
Επιβεβαιώνω ότι τα παραπάνω είναι ορθά		
Όνομα: _____	Τίτλος: _____	
Ημερομηνία: _____	Υπογραφή: _____	
(πρέπει να υπογραφεί από το υπεύθυνο άτομο διασφάλισης ποιότητας ή τον υπεύθυνο φαρμακοποιό όπως ορίζεται από το νόμο)		
ΕΓΚΡΙΣΗ (συμπληρώνεται από τη CSL Behring)		
Να επιστραφεί: <input type="checkbox"/>	Δεν γίνεται δεκτό: <input type="checkbox"/>	
Όνοματεπώνυμο/ Ημερομηνία :	Υπογραφή:	
Επιστροφή στον παρασκευαστή για ποιοτικό έλεγχο: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		