

ENDURSENDINGARSEÐILL FYRIR LYF

Dags.: ____/____/20__

Heiti viðskiptamanns

ATH: Parlogis endurgreiðir eingöngu vörur skv. skilareglum Parlogis, sjá nánar heimasíðu Parlogis.

Ástæða endursendingar

- | | | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Fyrning | | <input type="checkbox"/> Rangt pantað | Reikn. nr. _____ |
| <input type="checkbox"/> Knöpp fyrning | Reikn. nr. _____ | <input type="checkbox"/> Rangt afgreitt | Reikn. nr. _____ |
| <input type="checkbox"/> Gölluð framleiðsla / þakning | | <input type="checkbox"/> Skemmdir við flutning | |
| <input type="checkbox"/> Afskráning | Dags.afskráningar: _____ | <input type="checkbox"/> Annað, ástæða? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Innköllun | | | |

| Vörunúmer | Vöruheiti | Sölueining | Magn | Athugasemd * | Lotunúmer | Fyrning |
|-----------|-----------|------------|------|--------------|-----------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- Lyfið hefur verið hjá sjúklingi.

Nánari athugasemdir:

* _____

Ég undirritaður lyfjafræðingur staðfesti hér með undirskrift minni að lyfið hafi verið geymt við réttar aðstæður frá móttöku og að gæði lyfsins séu þau sömu og á móttökudegi.

Undirskrift lyfjafræðings og leyfisnr.

Dags. _____
Móttakið f.h. Parlogis