



Medical[®]
Pharma
Resource

Formblatt

Beschwerden

E-Mail an: reklamation@mp-resource.shop

FAX an: 02173 \ 940 95 99

Seite 1 von 3

Produktname (Vom Kunden auszufüllen)		Produkttyp		<input type="checkbox"/> Fertigarzneimittel
Hersteller				<input type="checkbox"/> Arzneimittel
Produktnummer (PZN)				<input type="checkbox"/> Rezepturarzneimittel
Charge und Verfall				<input type="checkbox"/> Sonstiges
Menge (pro Einheit)				<input type="checkbox"/> Wirkstoff (API)
Charge		Verfall		
_____		_____._____.202__		
Kunde (Vom Kunden auszufüllen)				
Name		Ansprechpartner:		Telefon-Nr.:
Adresse				E-Mail:
Beschwerde \ Grund der Rücksendung ausschließlich wegen		Erläuterung vom Kunden:		
<input type="checkbox"/> Rückruf		_____		
<input type="checkbox"/> Qualitätsmangel		_____		
<input type="checkbox"/> Transportschäden		_____		



Annahme und Umgang der Beschwerde (wird von der MPR ausgefüllt! – Nicht vom Kunden)

Beschwerden-Nr.: B-202__ - ____

Aufnahme Beschwerde

Name _____

Datum _____

Unterschrift _____

Weiterleitung Beschwerde

- Hersteller
- Lieferant
- Großhändler
- Distributor
- Sonstige:

Erläuterung: _____

Name _____

Datum _____

Unterschrift _____



Beschwerden

E-Mail an: reklamation@mp-resource.shop

FAX an: 02173 \ 940 95 99

Seite 3 von 3

Bewertung

- Berechtigt
- nicht berechtigt

Erläuterung durch VP:

Abschluss VP

Name _____

Datum _____

Unterschrift _____