

FORMULARIO RECLAMACIÓN CALIDAD PARAFARMACIA

DATOS DEL CLIENTE

| | |
|----------------------------------|--|
| Fecha Solicitud: | |
| Nombre farmacia: | |
| Nombre Cooperativa y Sucursal: | |
| Nº Socio: | |
| Persona de contacto del cliente: | |
| Correo electrónico del cliente: | |

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

| | CÓDIGO | PRODUCTO | LOTE | CANTIDAD |
|---|--------------------------------------------|----------|------|----------|
| 1 | | | | |
| | <i>Descripción del defecto encontrado:</i> | | | |
| 2 | | | | |
| | <i>Descripción del defecto encontrado:</i> | | | |
| 3 | | | | |
| | <i>Descripción del defecto encontrado:</i> | | | |
| 4 | | | | |
| | <i>Descripción del defecto encontrado:</i> | | | |

INVESTIGACIÓN INTERNA ACOFARMA