

Formularz zwrotu

Szanowni Państwo,

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższego formularza i odesłanie go na adres gp@biomed.pl lub dołączenie go do zwracanych opakowań produktu:

Dopełniacz liofilizowany, numer serii: 25020001, termin ważności: 11.2023

		TAK	NIE
Potwierdzam otrzymanie notatki bezpieczeństwa dotyczącej wyżej wymienionego produktu i zapoznanie się z jej treścią			
Potwierdzam poinformowanie wszystkich odbiorców bezpośrednich, którzy otrzymali wyżej wymieniony produkt			
Dane dotyczące wycofywanej serii produktu			
Ilość zakupionych opakowań wyżej wymienionego produktu:			
Ilość opakowań wyżej wymienionego produktu zwróconych do IBSS BIOMED S.A.:			
Dane wypełniającego formularz			
nazwa firmy/ instytucji:			
imię i nazwisko:			
e-mail:			
telefon:			
data:			
podpis:			