

PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY
REKLAMACJA NR..... Z DNIA.....
 /wypełnia Pracownik DOK Pharmalink/

I. FORMA ZGŁOSZENIA REKLAMACJI: /wypełnia Pracownik DOK Pharmalink/

 telefon mail inne Data zgłoszenia reklamacji
II. INFORMACJA O PRZESYŁCE WG LISTU PRZEWOZOWEGO:

 NR LISTU PRZEWOZOWEGO liczba paczek na LP:
 zgłoszenie dot. paczek nr:

Data nadania:.....

NADAWCA:
ODBIORCA:

--	--

Data doręczenia przesyłki:..... Kierowca dostarczający przesyłkę:.....

III. POWÓD ZŁOŻENIA REKLAMACJI:
 nieprawidłowe warunki transportu zaginięcie nieterminowość doręczenia
 inny..... uszkodzenie brak zwrotu dokumentów

 UZASADNIENIE

IV. ROSZCZENIA KLIENTA (w przypadku roszczenia finansowego należy wpisać łączną wartość netto)

zł (netto)

Zgłaszający reklamację:.....

IMIĘ I NAZWISKO / NAZWA FIRMY zgłaszającej reklamację ADRES / SIEDZIBA

Dane do przelewu (wypłaty roszczenia):

Nazwa firmy: Adres: Nr konta:

V. ZAŁĄCZNIKI
 protokół szkody list przewozowy oświadczenie o utylizacji towaru dokumenty potwierdzające wartość przesyłki
 inne /jakie/.....

PODPIS SKŁADAJĄCEGO REKLAMACJĘ
PODPIS PRZYJMUJĄCEGO REKLAMACJĘ
VI. POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

 1. REKLAMACJA uznana nieuznana /przyczyna/.....

VII. SPOSÓB SPEŁNIENIA ROSZCZEŃ KLIENTA

	Mag. CENTRALNY	KOMORA	PRZEWOŹNIK	INNE / JAKIE/	UWAGI
Kogo obciążono					
Kwota obciążenia					

 inne działania / uwagi.....

 INFOLINIA PHARMALINK: 800 111 203
 E-MAIL: logistyka@pharmalink.pl

Pharmalink Sp. z o.o.
DATA I PODPIS OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ ZAKOŃCZENIE REKLAMACJI

 ul. Kinga C. Gillette 1, 94-406 Łódź, infolinia: 800 111 203, fax: (42) 200 80 13, e-mail: logistyka@pharmalink.pl,
 NIP: 947-181-15-53, REGON: 472039433, KRS nr 000038412 - Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi,
 XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego. Kapitał zakładowy w wysokości: 10.000.000 zł
www.pharmalink.pl