

Formularz zwrotu towaru

Numer dokumentu zakupu	Nazwa produktu (postać, dawka, wielkość opakowania)	Liczba opakowań	Seria	Data ważności (MM.RRRR)	Przyczyna zwrotu	Forma rozwiązania
12345678	Atorvastatinum, 20 mg, 28 tabl.	2	XX1234	10.2025	Rezygnacja apteki	Zwrot towaru z korektą faktury
12345678	Atorvastatinum, 20 mg, 56 tabl.	2	XZ1356	11.2025	Rezygnacja apteki	Zwrot towaru z korektą faktury
24681012	Omeprazolum, 40 mg, 56 tabl	1	FD1356	11.2025	Brak towaru	Wystawienie faktury korygującej
24581012	Nebivololum, 5 mg, 28 tabl.	1	CCC342	10.2026	Uszkodzone opakowanie	Zwrot towaru z korektą faktury

.....

(pieczętka i podpis kierownika)