

נוהל החזרות	נוהל זה בתוקף מתאריך: 15/09/2014
נוהל מס' 40-06	
מהדורה : 01	עמוד מספר 1 מתוך 1



נספח 1-טופס בקשה להחזרת תכשיר רפואי

תאריך: _____

מס' בקשה: _____

שם לקוח: _____ טלפון: _____

שם תכשיר: _____ אצווה: _____

תוקף: _____ כמות: _____

התקבל בתאריך: _____

סיבת החזרה: _____

הצהרה על תנאי אחסון (למילוי ע"י רווקח אחראי של הלקוח) :

אני מצהיר בזאת כי התרופות המופיעות מעלה שהן ארזות ורק בבית המרקחת / המרפאה שבאחריותי המקצועית ונשמרו בתנאים נאותים - בהתאם לתנאים הרשומים על אריזת התכשיר.

כמו כן אני מצהיר ומתחייב כי אריזות התכשיר לא נפתחו, ולא נגרם להן נזק כלשהו (במקרה של החזרה עקב מוצר פגום פיזית: הנזק לא נגרם בבית המרקחת / במרפאה ע"י הרווקח או מישהו מטעמו).

שם הרווקח האחראי/ הרופא: _____

מ.ר: _____

בחייתי אני מאשר את נכונות ההצהרה הרשומה מעלה: _____

תאריך: _____

למילוי ע"י רווקח אחראית בית מסחר מדימרקט (אישור ראשוני להחזרת התכשיר):

בכפוף להצהרה מעלה: מאושר / לא מאושר להחזירו לבדיקה בבית המסחר

הסבר: _____

במידה ומדובר על תכשיר פגום / recall - יש לציין זאת בבירור על קרטון התכשיר בזמן איסוף מהלקוח!

למילוי ע"י רווקח אחראית בית מסחר מדימרקט:

לאחר שבדקתי (פיזית) את התכשיר שחזר לבית המסחר ובכפוף להצהרה מעלה: מאושר / לא מאושר להחזירו למלאי

הסבר: _____

לפי הנחיות משרד הבריאות לא ניתן להחזיר למלאי תכשירים שנופקו ע"י בית מרקחת אי. אל מדימרקט, מוצרים בקירור, אמפולות, מוצרי 29 ג'ל וסמים.