

Zgłaszanie braków produktów leczniczych

dla każdego produktu leczniczego proszę wypełnić osobny formularz

*Wymagane

Zgłaszająca placówka*

apтека ogólnodostępna ▼

Adres placówki*

Miejscowość*

Ulica, nr budynku*

Adres e-mail*

Rodzaj zgłaszanego braku*

produkt leczniczy środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny

Nazwa, postać, dawka*

np. Clexane roztw. do wstrz. (40mg/0,4ml)

EAN*

Nazwa podmiotu odpowiedzialnego*

Nazwy i adresy hurtowni / dystrybutora, które odmówiły

realizacji zamówienia na produkt leczniczy / środek specjalnego żywienia*

Przyczyna odmowy*

Brak na stanie magazynowym ▼

Inna przyczyna odmowy (uszczegółowienie)

Nazwisko i imię zgłaszającego*

Stanowisko*

kierownik ▼

Czy zgłaszający przesłał na adres na stronie GIF-u odpowiedź od dostawcy (hurtowni farmaceutycznej) dotyczącą przyczyny odmowy realizacji zamówienia?*

link do formularza:

<https://www.gif.gov.pl/bip/formularze/418,Formularz-zgloszenia-odmowy-realizacji-zamowienia-formularz-III.html>

tak nie

Data przekazania do GIF

Wyślij