SPECJALISTYCZNY SZPITAL im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu	**Formularz**	**F-7.4-01/03**
	KARTA REKLAMACJI DOSTAW	**Wydanie II z dnia 01.10.2014 r.**
	Nr …….. / ……...	**Strona 1 z 1**

1. Dostawca – nr umowy:

2. Przedmiot reklamacji:

3. Ilość*:

4. Ogólny opis reklamowanego towaru w tym opakowań jednostkowych i zbiorczych*:

5. Uzasadnienie reklamacji:

6. My niżej podpisani stwierdzamy zgodność w/w informacji ze stanem faktycznym:

…….. **……**

Data zgłoszenia **Imię i nazwisko osoby zgłaszającej reklamację**

..... **……**

Data przyjęcia zgłoszenia **Czytelny podpis dostawcy lub osoby reprezentującej dostawcę**

7. Uwagi:

*** wypełnić w przypadku dostawy wyrobów**

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Jakości jest zabronione.