



VISSZÁRU ÉS REKLAMÁCIÓS LAP
BET -NK-08/M02

Elérhetőségeink:
E-mail: betreklamacio@bellis.hu
Tel.: 06-1-459-8350;
Tel.: 06-1-459-8315;
Tel.: 06-1-459-8328;

Kiadás dátuma: 2023.02.01.

Azonosító: BET-NK-08/M01

Érvényesség kezdete: 2023.01.31.

Verzió: 01.

oldalak: 1 / 1

Vevő név: _____

Vevő cím, telefon: _____

E-mail: _____

Vevőkód: _____

Számlaszám: _____

Teljesítési dátum: _____

Reklamáció dátuma: _____

Reklamáció oka:

1. Nem rendelt termék
2. Téves rendelés
3. Kivonás
4. Hiány
5. Többlet
6. Sérült termék
7. Közeli lejáratú termék
8. Egyéb, oka:

Rendezés módja:

1. Terhelés
2. Pótlás
3. Jóváírás

Sorszám: _____

Jóváírás szlsz.: _____

Sor-szám	Termék megnevezése	Gyártási szám	Lejárat	Rendelt (db)	Kapott (db)	Számlázott (db)	Reklamált (db)	Reklamáció oka (1-8)	Rendezés módja (1-3)	Megjegyzés
1								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Termékvisszaküldés esetén:

Lenti aláírással és céges pecséttel ezúton elismerem, hogy a visszaküldött termékeket a minőségi előírásoknak megfelelően, 15-25°C között tároltam és azokat sértetlen, lezárt kartonban/tasakban/Bellis gyűjtőládában adtam át a fuvarozónak.

A "Visszaru és Reklamációs lap"-ot hiánytalanul kitöltve kérjük visszaküldeni. A gépkocsivezető aláírásával az átvett göngyölegek számáért és sértetlenségéért vállal felelősséget, a tételes tartalom nem kerül ellenőrzésre. A reklamációt 10 munkanapon belül tudjuk elfogadni. A kifogásolt termékeket a reklamációs lappal együtt kell visszaküldeni! Ellenkező esetben a reklamációt nem áll módunkban elfogadni. Amennyiben visszaru nem kapcsolódik a reklamációhoz, akkor az jelezhető emailben, a kitöltött reklamációs lap elküldésével.

Átadott göngyölegek (karton/tasak/láda) száma: _____ Sofőr aláírása: _____

Visszaküldés dátuma: _____ Rendszám: _____ Vevő aláírása: _____ P.H.

Bellis Egészségtár Kft. tölti ki! Termék raktárba érkezésének dátuma _____	Reklamációs ügyintéző aláírása _____	Reklamáció feldolgozásának kezdő dátuma: _____	Reklamáció lezárásának dátuma: _____
---	--------------------------------------	--	--------------------------------------

Minőségbiztosítási Osztály kivizsgálás dátuma: _____	Sorszám: _____	Kért inzézkeedés: _____	P.H.
Megjegyzés : _____		Minőségbiztosítási Osztály aláírás: _____	