



Złożenie reklamacji (pola oznaczone * wypełnia ELPLAST+; pola kolorowe wypełnia zgłaszający reklamację)		
ETAP I	Data reklamacji*:	Numer reklamacji*:
	Składający reklamację (firma):	
	Osoba kontaktowa:	
	Osoba merytoryczna po stronie ELPLAST+	Osoba merytoryczna po stronie składającego
ETAP II	Reklamowany produkt	
	Producent:	Ilość zamówionych sztuk/ilość reklamowanych sztuk:
	Numer producenta:	Nr partii (serii):
/.....	
	Numer faktury/data faktury:	
	Reklamowany produkt: 1.	
Przyczyna reklamacji/opis niezgodności:		
Roszczenie:		
<input type="checkbox"/> Wymiana produktu na wolny od wad <input type="checkbox"/> Naprawa produktu <input type="checkbox"/> Korekta faktury <input type="checkbox"/> Obniżenie ceny <input type="checkbox"/> Inne:		
ETAP III	Rozpatrzenie reklamacji (część wypełniana przez osobę rozpatrującą reklamację – Elplast+/Dostawca)	
	<input type="checkbox"/> Uznana	
	<input type="checkbox"/> Wymiana produktu na wolny od wad <input type="checkbox"/> Naprawa produktu <input type="checkbox"/> Korekta faktury <input type="checkbox"/> Obniżenie ceny <input type="checkbox"/> Inne:.....	
	<input type="checkbox"/> Nieuznana	
	Uzasadnienie:.....	
Przyczyna źródłowa		
<input type="checkbox"/> 101 -błąd ludzki <input type="checkbox"/> 104 -uszkodzenie mechaniczne produktów/opakowań <input type="checkbox"/> 102 -błąd w dokumentacji technicznej <input type="checkbox"/> 105 -nieprawidłowa praca maszyn <input type="checkbox"/> 103 -niewłaściwe przechowywanie produktów <input type="checkbox"/> 106 -niezgodność ilościowa/jakościowa/terminowa <input type="checkbox"/> 107 -wyrób podrobiony <input type="checkbox"/> 108 – inne (opisać.....)		
Działania korygujące:		
ETAP IV	Sposób zamknięcia reklamacji:	
	<input type="checkbox"/> Odesłanie OK produktu do klienta <input type="checkbox"/> Produkt do odbioru przez klienta <input type="checkbox"/> Korekta faktury <input type="checkbox"/> Naprawa produktu i odesłanie do klienta <input type="checkbox"/> Inne	

**Data zamknięcia:****Osoba odpowiedzialna:****Wydanie z magazynu towaru wolnego od wad**

Liczba wydanych sztuk produktu wolnego od wad z magazynu:

Data wystania paczki do klienta:

Numer listu przewozowego:

Numer przesunięcia do magazynu reklamacyjnego:

Osoba odpowiedzialna:

*-część formularza wypełniana podczas wysyłki towaru z magazynu w przypadku roszczenia: wymiana towaru na wolny od wad.

ETAP V*