



**GLOBAL D AL VOSTRO SERVIZIO**  
**QUESTIONARIO DA COMPLETARE E RESTITUIRE**  
**MALFUNZIONAMENTO IMBALLAGGIO / ETICHETTATURA / ORDINI / CONSEGNE (QCSC)**

Spazio riservato a GLOBAL D

N° di reclamo (da ADV/SAV) : REC\_AAAA\_x

N° registrazione : AAAAMMJJ\_CODECLIENT\_VISA\_x

**1. INFORMAZIONE CLIENTE/MEDICO & FILE PAZIENTE**

Codice cliente (vedere Bolla/Fattura) : .....

Nome del medico (che ha incontrato il malfunzionamento) : .....

ID Paziente : ..... (facoltativo)

**2. TRACCIABILITA'**

**ATTENZIONE** : Tutti i prodotti interessati dal malfunzionamento devono essere restituiti nella loro confezione completa

Elenchi di prodotti interessati dal malfunzionamento:

Codice : .....	Lotto : .....	Quantità : .....	<input type="checkbox"/> Ordinato	<input type="checkbox"/> Ricevuto
Codice : .....	Lotto : .....	Quantità : .....	<input type="checkbox"/> Ordinato	<input type="checkbox"/> Ricevuto
Codice : .....	Lotto : .....	Quantità : .....	<input type="checkbox"/> Ordinato	<input type="checkbox"/> Ricevuto
Codice : .....	Lotto : .....	Quantità : .....	<input type="checkbox"/> Ordinato	<input type="checkbox"/> Ricevuto
Codice : .....	Lotto : .....	Quantità : .....	<input type="checkbox"/> Ordinato	<input type="checkbox"/> Ricevuto

**3. TIPO DI MALFUNZIONAMENTO**

- Malfunzionamento dell'etichettatura, specificare : .....
- Malfunzionamento dell'imballaggio, specificare : .....
- Malfunzionamento ordine/consegna, specificare : .....

**4. COMMENTI AGGIUNTIVI**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Campi minimi obbligatori e necessari per la perizia del vostro dossier