כמיפל בע"מ
בית יהודה, רח' גיבורי ישראל 44,
קריית נורדאו, נתניה 4250432
טלפון: 09-8633633 פקס: 09-8651113

בקשה להחזרה עקב – Valsartan Dexcel 80, 160mg Recall

יש לציין כמות אריזות מלאות!! ליד כל אצווה

שם בית מרקחת:_____ טלפון:_____

שם ומשפחה של רוקח אחראי:_____ טלפון:_____

דוא"ל: _____

אני החתום מטה מעדכן כי יש בבית המרקחת שלנו את הכמויות הבאות של התכשירים ומבקש להחזירם: יש לציין כמות אריזות מלאות ליד כל אצווה רלבנטית!!

כמות אריזות

מספר אצווה	תאריך תפוגה
VALSARTAN DEXCEL 80MG 28 TAB	
1507142	Jul-18
1507143	Jul-18
1507144	Jul-18
1507145	Jul-18
1507146	Jul-18
1512128	Jan-19
1512129	Jan-19
1512130	Jan-19
1512131	Jan-19
1603141	May-19
1603142	May-19
1603143	Jun-19
1603144	Jun-19
1603145	Jun-19
1609021	Sep-19
1609022	Sep-19
1609023	Sep-19
1609024	Sep-19
1609025	Sep-19
1609026	Sep-19
1609027	Sep-19

כמות אריזות

מספר אצווה	תאריך תפוגה
VALSARTAN DEXCEL 80MG 28 TAB	
1705002	May-20
1705003	May-20
1705004	May-20
1705005	May-20
1705006	May-20
1706152	Jun-20
1706153	Jun-20
1706154	Jul-20
1706155	Jul-20
1712074	Dec-20
1712075	Dec-20
1712076	Dec-20
1712077	Dec-20
1712078	Dec-20
1712079	Dec-20
1712080	Dec-20

כמות אריזות

מספר אצווה	תאריך תפוגה
VALSARTAN DEXCEL 160MG 28 TAB	
1506149	Jul-18
1506150	Jul-18
1512038	Jan-19
1603225	Apr-19
1605261	Apr-19
1609019	Sep-19
1609020	Sep-19
1704124	May-20
1704125	May-20
1706151	Jul-20
1712082	Jan-21
1712083	Jan-21
1804074	Apr-21

במידה ויש לכם גם אריזות חלקיות יש לציין זאת ואת כמותן

על חתום:

תאריך:_____

מספרי הפקס של הטלפנים/
אנשי הקשר בכמיפל:

טלפן	מס' פקס
מירי	15398633508
חן	15398631601
מרגלית	15398631603
מירב	15398631604
קטי	15398631605
אורלי	15398631606

שם + חותמת רוקח אחראי

אישור החזרה מכמיפל: _____

שם + חותמת כמיפל

תודה על שיתוף הפעולה

כמיפל בע"מ
בית יהודה, רח' גיבורי ישראל, 44
קריית נורדאו, נתניה
טלפון: 09-8633633 פקס: 098651184

עבור:
כמיפל – מחלקת החזרות

Recall החזרה

שם התכשיר:
Valsartan Dexcel 80, 160mg

כמות/ אצווה: _____

_____

שם יצרן: ____דקסל פארמה_____

!!יש להצמיד את הטופס חיצונית לחבילת ההחזרה!!

שם בית המרקחת: _____

שם רוקח/ת:_____

טלפון:_____