

FARZEDI s.r.l.
Distribuzione Medicinali

Egregio Cliente,

la presente comunicazione ha lo scopo di illustrare le procedure per la *gestione dei resi* presso la nostra azienda, al fine di garantire un servizio sempre più efficiente ed efficace. Il nostro obiettivo è offrire supporto in ogni fase del rapporto con il Cliente e ottimizzare i tempi di gestione delle richieste.

Gestione resi

Le richieste di reso devono essere inoltrate tramite e-mail all'indirizzo resi.nogarole@farzedi.com, allegando il **Modulo A (resi)** compilato in ogni sua parte.

Al fine di consentire una corretta gestione della richiesta, è importante che il modulo sia compilato integralmente; in caso contrario, la richiesta potrebbe non essere gestita.

Il Modulo A compilabile è allegato alla presente comunicazione.

Tutte le richieste di reso saranno valutate dall'Ufficio competente, che ne comunicherà l'esito tramite e-mail. In caso di autorizzazione, sarà richiesta la trasmissione del relativo **DDT di reso**.

Tempistiche Gestione resi - servizio di distribuzione

Per la corretta gestione dei resi relativi al servizio di distribuzione, fare riferimento alle tempistiche operative indicate nella **Tabella 1**, utili per la pianificazione e l'organizzazione delle richieste.

In caso di prodotti danneggiati, la segnalazione dovrà essere effettuata entro **48 ore dalla ricezione della merce**.

Politica resi – rimborsi – Tabella 1

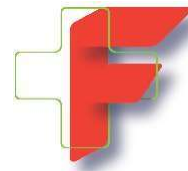
100% entro 30 giorni
50% entro 60 giorni

Roma, li 01.07.2026

Ufficio Resi

FARZEDI S.r.l.

Via Tiburtina 1168 • 00156 Roma • Italia
Tel: 06 41 22 99 48 • Fax: 06 41 22 52 42



FARZEDI s.r.l.
Distribuzione Medicinali
MODULO A (resi)

Compilare tutti i campi della sezione dedicata al reso ed inviare il modulo all'indirizzo e-mail

resi.nogarole@farzedi.com

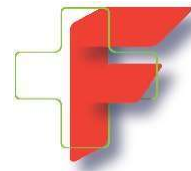
Nome Prodotto	AIC	Quantità	Lotto	Num. DDT	Data DDT	Motivazione		Note
						☐ Errato	☐ Danneggiato	
						☐ Scadenza Breve	☐ Altro..	
						☐ Errato	☐ Danneggiato	
						☐ Scadenza Breve	☐ Altro..	
						☐ Errato	☐ Danneggiato	
						☐ Scadenza Breve	☐ Altro..	
						☐ Errato	☐ Danneggiato	
						☐ Scadenza Breve	☐ Altro..	
						☐ Errato	☐ Danneggiato	
						☐ Scadenza Breve	☐ Altro..	
						☐ Errato	☐ Danneggiato	
						☐ Scadenza Breve	☐ Altro..	
						☐ Errato	☐ Danneggiato	
						☐ Scadenza Breve	☐ Altro..	

Dichiarazione di conformità del medicinale reso

Il/La Sottoscritto/a in qualità di Direttore Tecnico/Direttore Farmacia/Direttore Sanitario della
(Società/Farmacia/Ospedale) _____
(indirizzo e città) _____

FARZEDI S.r.l.

Via Tiburtina 1168 • 00156 Roma • Italia
Tel: 06 41 22 99 48 • Fax: 06 41 22 52 42



FARZEDI s.r.l.
Distribuzione Medicinali

(telefono) _____

(E-mail) _____

viste le disposizioni vigenti in merito alla restituzione di medicinali non difettosi (D.lgs. 24 aprile 2006, n.219, DM 06 luglio 1999 e tutte le altre prescrizioni applicabili),

DICHIARA

Che per i prodotti indicati nella tabella di cui sopra e oggetto della presente richiesta di reso, durante tutto il periodo per cui ne ha avuto disponibilità, sono state rispettate le seguenti condizioni:

- Conservazione e trasporto in condizioni di temperatura adeguate, così come riportato sulle singole confezioni.
- Le singole confezioni non sono state aperte e/o manomesse in alcun modo.
- I prodotti non risultano scaduti.

Data: _____

Firma:

Timbro:

FARZEDI S.r.l.

Via Tiburtina 1168 • 00156 Roma • Italia
Tel: 06 41 22 99 48 • Fax: 06 41 22 52 42