



Egregio Cliente,

questa comunicazione è necessaria per rendere note le procedure di *inoltro reclami* e *gestione resi* alla nostra azienda, al fine di rendere un servizio efficiente ed efficace, con l'obiettivo di offrire, come sempre, assistenza in ogni singola fase del rapporto con noi, ed ottimizzare i tempi di erogazione della prestazione richiesta.

Inoltro reclami

Nel caso di merce ricevuta danneggiata/non conforme all'ordine la richiesta dovrà essere effettuata tempestivamente dal Cliente e tassativamente **entro e non oltre le 48 ore dalla ricezione** della stessa: le segnalazioni tardive dovranno purtroppo non essere accettate.

Il reclamo deve essere inoltrato tramite e-mail all'indirizzo customer-care@farzedi.com, allegando necessariamente il *Modulo A (Sez. A.1)* debitamente compilato in ogni sua parte.

Il *Modulo A* compilabile è allegato alla presente comunicazione.

Gestione resi – *utilizzabile esclusivamente dalle Farmacie che usufruiscono del servizio di distribuzione giornaliera su Roma.*

La richiesta di reso dovrà essere inoltrata tramite e-mail all'indirizzo resi@farzedi.com, allegando necessariamente il *Modulo A (Sez. A.2)* debitamente compilato in ogni sua parte, entro un termine massimo di 60 giorni alle condizioni indicate (vedi *Tabella 1*).

Il *Modulo A* compilabile è allegato alla presente comunicazione.

Politica resi – rimborsi – Tabella 1
100% entro 30 giorni 50% entro 60 giorni

Le richieste di reso verranno valutate ed eventualmente autorizzate dall'*Ufficio Resi e Reclami*. L'esito sarà comunicato al Cliente tramite e-mail e sarà richiesta la trasmissione del DDT di reso. Si rimane a disposizione per ogni eventuale richiesta di chiarimento.

Roma, lì 02 gennaio 2024

Ufficio Resi e Reclami

FARZEDI S.r.l.

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



Compilare tutti i campi di una sola sezione ed inviare all'indirizzo e-mail customercare@farzedi.com in caso di Reclamo o all'indirizzo e-mail resi@farzedi.com in caso di Reso.

☐ **A.1 - Reclamo – Merce ricevuta danneggiata/non conforme all'ordine**

Codice AIC	Quantità richiesta	Quantità ricevuta	Quantità danneggiata	Lotto	Num. DDT	Data DDT

☐ **A.2 - Richiesta di reso**

Codice AIC	Quantità	Motivazione	Lotto	Num. DDT	Data DDT

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) _____
(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