|  |  |
| --- | --- |
| FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS | Nº: *67/10* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Reclamo*:**13-may-2010* | | | Hora: *10:00* | | |
| Recibido por:*Andrea González* | | | | | |
| Forma de  presentación: |  | Telefónica | | Personal |  |
|  |  | Electrónica | | Correspondencia |  |
| Tipo de Llamada: Persona Particular  Médico o Farmacéutico Particular  Médico o persona de Institución de  Salud ( Hospital, Clínica, Ambulancia  Sanatorio ) | | | | | |

|  |
| --- |
| DATOS DEL DENUNCIANTE |
| Nombre del Denunciante:*Susana* | |
| Sexo: Masculino  Femenino | |
| Domicilio particular o  de Institución de Salud: *Saez Valiente 815, Martinez entre Beruti y Monteagudo* | |
| Número de Teléfono: *4798-1137* | |
| ¿Consultó al médico ? Sí  No | |
| Nombre del Médico interviniente y/o  Centro Médico:*No* | |
| Observaciones: *Se envía una unidad de reposición.* | |

|  |
| --- |
| DATOS DEL PRODUCTO |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Producto: *Asotrex sobres x 30* | |
| Forma Farmacéutica:  Comprimidos  Crema  Soluciones ( Jarabes/ Gotas )  Cápsulas  Inyectables  Sobres  Otros  Aclarar*:* | |
| N° de Lote: *61884* | Fecha de  Vencimiento: *Jul 2011* |
| Motivo del Reclamo:  *Hay sobres que tienen un color mas amarillento el polvo mas duro y un sabor muy feo, muy amargo.. Esto no lo ha pasado antes* | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿ Se envío a Garantía de Calidad ? Sí  No | |
| En caso afirmativo, coloque el nombre de la persona a la cual derivó el reclamo:  *Claudia Benincasa* | |
| Fecha: *18-05-10* | Hora: *15:50* |
| Firma del Recepcionista: *AVG* | |

SOPS-RAR-006