

**GSK AG**  
**Talstrasse 3**  
**3053 Münchenbuchsee**

**Arzt / Apotheker** (Alle Angaben erforderlich)

Name:

Strasse:

PLZ / Ort:

E-Mail:

**Betroffene Ware:**

| Anzahl | Produktname | Exp & Lot |
|--------|-------------|-----------|
|        |             |           |
|        |             |           |
|        |             |           |
|        |             |           |
|        |             |           |

**Ersatzlieferung:**

| Anzahl | Produktname |
|--------|-------------|
|        |             |
|        |             |
|        |             |
|        |             |
|        |             |

Durch Kunden auszufüllen

**Grund für den Austausch \*:**

Unterbrechung der Kühlkette   
Patient nicht erschienen

Fehlmanipulation Produkt

Andere: .....

Der Kunde bestätigt mit seiner Unterschrift, die betroffenen Arzneimittel/Impfstoffe fachgerecht gemäss Angaben des Bundesamt für Umwelt zu entsorgen.

**Datum & Unterschrift Kunden:**

**Pharmacovigilance-Fälle oder Beanstandungen/technische Reklamationen müssen innerhalb von 24 Stunden an [pv.swiss@gsk.com](mailto:pv.swiss@gsk.com) oder [swiss.complaints@gsk.com](mailto:swiss.complaints@gsk.com) gemeldet werden.**

Durch GSK auszufüllen

**Kontrolle durch AussendienstmitarbeiterIn von GSK:**

Der/Die AussendienstmitarbeiterIn bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die Menge physisch und vor Ort kontrolliert wurde und den obenstehenden Angaben entsprechen. Zusätzlich bestätigt der Aussendienst den Erhalt der Unterschrift des Kunden für die fachgerechte Entsorgung.

Datum / Unterschrift Aussendienst-MA: .....

**Kontrolle durch KundendienstmitarbeiterIn von GSK**

Der Wert des Ersatzes darf den Wert der betroffenen Ware nicht übersteigen.

Betroffene Ware (CHF): ..... Ersatz (CHF): .....

Datum / Unterschrift Kundendienst-MA: .....