

GSK AG
Talstrasse 3
3053 Münchenbuchsee

Médecin / Pharmacien (Toutes les informations obligatoires)

Nom :
Adresse :
Lieu :
E-Mail :

Produits concernés:

Nombre	Produits	Exp & Lot

Livraison de remplacement

Nombre	Produits

Raison d'échange*:

Interruption de la chaîne de froid
Patient ne s'est pas présenté Mauvaise manipulation du produit

Autres :

Le client confirme par sa signature qu'il détruira les médicaments/vaccins concernés de manière conforme, selon les indications de l'Office fédéral de l'environnement.

Date et signature client :

.....

Les cas de Pharmacovigilance ou les problèmes de qualité doivent être annoncé dans les 24 heures à pv.swiss@gsk.com ou swiss.complaints@gsk.com.

Contrôle par la/le délégué médical de GSK

La/le délégué médical confirme par sa signature que la quantité a été vérifiée physiquement et sur place et qu'elle correspond aux informations ci-dessus. En outre, La/le délégué médical confirme la réception de la signature du client pour la destruction conforme.

Date et signature de la/le délégué médical:

Contrôle par le service clientèle de GSK

La valeur du remplacement ne doit pas excéder la valeur des marchandises concernées.

Produits concernés (CHF): Remplacement (CHF):

Date et signature du service clientèle:

A compléter par les clients

A compléter par GSK