Załącznik nr 2 do umowy

Powiatowy Zespół Domów Pomocy Społecznej w Nowym Targu
ul. Kardynała Karola Wojtyły 136, Zaskale
34-424 Szaflary

**PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY**

Data:……………………...

 Magazyn:………………… Dostawca:……………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer dokumentu | Nazwa produktu /producenta/pozycja  | Ilość | Przyczyny reklamacji kod | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Numery kodów przyczyny reklamacji:**

1. Nieczytelny lub brak oznakowania **w języku polskim**: nazwa produktu, nazwa i adres producenta, masa netto, wykaz składników, wartość odżywcza w 100g produktu, warunki przechowywania, numer partii, data produkcji, data minimalnej trwałości /przydatności do spożycia.
2. Brak/ niedobór w dostawie.
3. Nadwyżka w dostawie .
4. Towar rozmrożony w dostawie.
5. Towar zamrożony /przemrożony w dostawie.
6. Produkt złej jakości /wada fabryczna.
7. Produkt przeterminowany lub zbyt krótka data przydatności do spożycia, na granicy przydatności do spożycia.
8. Produkt lub opakowanie uszkodzone.
9. Produkt niezamawiany.
10. Odmowa przyjęcia (dostawa po terminie realizacji zamówienia).
11. Produkt niezgodny z zamówieniem .
12. Produkt nie spełniający wymagań / specyfikacji.

………………………………………

Podpis osoby upoważnionej po stronie Zamawiającego

………………………………………

Podpis osoby upoważnionej po stronie Dostawcy /kierowcy