Formulaire de recueil d'anomalie/réclamation

Date de déclaration de la réclamation à HRA : .....

Date de découverte de la réclamation par le plaignant : .....

Déclarant :

Nom : ..... Prénom : .....

Situation : Visiteur médical ☐ Distributeur ☐ Représentant local ☐

Autre (préciser) : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : ..... Mail : .....

Plaignant :

Nom : ..... Prénom : .....

Situation : Médecin ☐ Pharmacien ☐ Distributeur ☐ Client ☐ Autre : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : ..... Mail : .....

Elément concerné :

Produit : Nom : .....

Numéro de lot : ..... Date de péremption : .....

Autre : .....

Description de la réclamation (donnez le plus de faits et de détails possible) **:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lié à « DPQ_PG_FR_007 »

Transmettre à :

Département Qualité HRA Pharma
HRA Pharma – 15 rue Béranger, 75003 Paris, France
Tél. : +33 1 40 33 11 30 Fax : +33 1 40 33 24 96 Mail : quality@hra-pharma.com

Nous souhaitons récupérer, dans la mesure du possible, l'élément à l'origine de la réclamation.
Si possible, merci de bien vouloir renvoyer l'élément défectueux en l'état à HRA Pharma.