

**REKLAMACE TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU  
z důvodu nevyhovující kvality**

*Vyplní pracoviště uplatňující reklamaci*

<b>Druh transfuzního přípravku</b>	<input type="checkbox"/> ERY TP	<input type="checkbox"/> TRO TP	<input type="checkbox"/> PLAZMA
<b>Číslo transfuzního přípravku:</b>			
Popis zjištěné neshody:			
<b>Závadu zjistil:</b> jmenovka + podpis		<b>Datum a čas:</b>	
Název pracoviště, razítko pracoviště, jmenovka a podpis odpovědného pracovníka, datum:			
<i>Poučení: Při reklamaci zašlete společně s tímto hlášením na HTO i zbytek reklamovaného výrobku k dalšímu prošetření. Tel. expedice HTO Zlín: <b>577 552 329</b></i>			

*Vyplní HTO Zlín*

<b>Číslo reklamace:</b>	<b>Přijal:</b> jmenovka + podpis	<b>Datum a čas:</b>
Posouzení reklamace:		
Závěr:		
<b>Primář HTO Zlín:</b> jmenovka + podpis		<b>Datum:</b>