

Директору ОДО «ДКМ-ФАРМ»  
Ермачёнок Наталье Николаевне  
ФИО директора

\_\_\_\_\_  
ФИО потребителя

\_\_\_\_\_  
адрес места жительства потребителя

\_\_\_\_\_  
контактный номер телефона потребителя

### Заявление

Прошу проверить качество товара \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование серия (партия), срок годности (при наличии), цена товара)

\_\_\_\_\_  
(наименование серия (партия), срок годности (при наличии), цена товара)  
приобретенного в аптеке №\_\_\_\_\_, расположенной по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес аптеки)

по цене \_\_\_\_\_  
документ, подтверждающий оплату \_\_\_\_\_

В СВЯЗИ С \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(выявленные недостатки (дефекты), претензии по качеству)

\_\_\_\_\_  
(выявленные недостатки (дефекты), претензии по качеству)

\_\_\_\_\_  
(выявленные недостатки (дефекты), претензии по качеству)

\_\_\_\_\_  
(выявленные недостатки (дефекты), претензии по качеству)

\_\_\_\_\_  
(выявленные недостатки (дефекты), претензии по качеству)

\_\_\_\_\_  
(выявленные недостатки (дефекты), претензии по качеству)

\_\_\_\_\_  
(выявленные недостатки (дефекты), претензии по качеству)

Товар принял:

\_\_\_\_\_  
(должность представителя аптеки)

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись представителя аптеки)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Товар передал:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись покупателя)

\_\_\_\_\_  
(дата)