
 <p><b>PROCEFAR</b> PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</p>	<p><b>PCF Procefarm Sp. z o.o.</b> 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: procefarm@procefarm.pl; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	<b>SOP/HF/017/Z/6ed6</b>
		Formularz
		Nr edycji 6
		Nr strony 1/4
<b>Tytuł: Kwestionariusz odbiorcy spoza RP / Recipient questionnaire outside the Republic of Poland</b>		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		


<b>DANE NABYWCY (PŁATNIKA) / BUYER</b>						
<i>Company name</i>						
NAZWA FIRMY, ADRES FIRMY: <i>Company name, Company address:</i>						
REGON: <i>Commercial register no:</i>		NIP: <i>VAT no :</i>		NR KARTOTEKI PCF PROCEFAR: <i>PCF PROCEFAR no**</i>		
<b>DANE ODBIORCY PRODUKTÓW (MIEJSCA DOSTAWY) / recipient details</b>						
Rodzaj prowadzonej działalności i nr zezwolenia* <i>Company profile &amp; authorization / number (please attach a copy)*</i>	Nazwa Odbiorcy produktów leczniczych <i>Recipient name</i>	Adres Odbiorcy produktów leczniczych <i>Address of the distribution area covered by the appropriate authorization</i>	Tel. i email do wycofania/wstrzymania produktów <i>Telephone no. &amp; e-mail address to withdrawal/suspension of medicinal products</i>	Dane Osoby Odpowiedzialnej (tel., email) <i>Responsible Person (Telephone no. &amp; e-mail address)</i>	Uwagi <i>Comments</i>	Nr Kartoteki PCF Procefarm** <i>PCF PROCEFAR file no</i>
Hurtownia <i>Wholesaler</i> <input type="checkbox"/>						
.....						
Apteka <i>Pharmacy</i> <input type="checkbox"/>						
.....						
Inny <i>Other</i> <input type="checkbox"/> <i>Please, specify</i>						
.....						
.....						

UWAGA: Dokument nadzorowany w formie elektronicznej pod adresem: \\DC.PROCEFAR.LOCAL – DOKUMENTACJA NADZOROWANA SJ. Dokument wydrukowany przestaje być nadzorowany i należy jego aktualność przed każdym użyciem zweryfikować z aktualną wersją.

 <p><b>PROCEFAR</b> PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</p>	<p><b>PCF Procefar Sp. z o.o.</b> 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: procefar@procefar.pl; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	<b>SOP/HF/017/Z/6ed6</b>
		Formularz
		Nr edycji 6
		Nr strony 2/4
<b>Tytuł: Kwestionariusz odbiorcy spoza RP / Recipient questionnaire outside the Republic of Poland</b>		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		

<b>Ocena jakościowa odbiorcy - system zapewnienia jakości</b>				
<i>Quality management system</i>				
1. Czy posiadają Państwo wdrożony system zapewnienia jakości? <i>Do you have an implemented Quality Management System?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	1a. Rodzaj: ISO 9001/ 2200 / GDP / Inne – jakie? <i>Type of certificate: ISO 9001/ 2200 / GDP / Other</i>		
2. Czy posiadają Państwo certyfikat wdrożonego systemu jakości? <i>Do you have a Certificate of Quality System?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	2a. Jeśli tak – jaki? Proszę dołączyć kopię certyfikatu do kwestionariusza <i>If yes, which one? (Please attach a copy)</i>		
3. Czy posiadają Państwo zwalidowany system skomputeryzowany do zarządzania gospodarką magazynową? <i>Do you apply a validated computer system?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	4. Czy prowadzą Państwo rejestrację warunków przechowywania produktów? <i>Is the conditions in storage areas controlled and monitored?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	
5. Czy stosowane systemy do monitoringu warunków przechowywania produktów są zwalidowane? <i>Are the systems used to monitor the storage conditions of products validated</i>	TAK / NIE*** YES / NO	6. Czy są Państwo audytowani przez zewnętrzne podmioty? <i>Are you audited by external units?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	
7. Czy posiadają Państwo wdrożoną procedurę działań korygujących i zapobiegawczych? <i>Do you have a corrective and preventive action procedure implemented in your QS?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	8. Czy wszyscy pracownicy mają jasno określone uprawnienia i obowiązki? <i>Do all employees have clearly defined rights and responsibilities?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	
9. Czy wszyscy pracownicy są objęci programem szkoleń? <i>Do you hold regular trainings for the staff?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	10. Czy posiadają Państwo wdrożoną procedurę dotyczącą sfalszowanych produktów? <i>Do you have a suspected counterfeited products procedure in your QS?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	

UWAGA: Dokument nadzorowany w formie elektronicznej pod adresem: \\DC.PROCEFAR.LOCAL – DOKUMENTACJA NADZOROWANA SJ. Dokument wydrukowany przestaje być nadzorowany i należy jego aktualność przed każdym użyciem zweryfikować z aktualną wersją.

 <b>PROCEFAR</b> PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA	<b>PCF Procefar Sp. z o.o.</b> 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: <a href="mailto:procefar@procefar.pl">procefar@procefar.pl</a> ; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40	<b>SOP/HF/017/Z/6ed6</b>
		Formularz
		Nr edycji 6
		Nr strony 3/4
<b>Tytuł: Kwestionariusz odbiorcy spoza RP / Recipient questionnaire outside the Republic of Poland</b>		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		

11. Czy prowadzą Państwo samoinspekcje, audyty wewnętrzne? <i>Do you perform self audits?</i>	TAK / NIE*** YES / NO	12. Czy przyjmują Państwo zwroty od swoich klientów? <i>Do you accept returns from your customers?</i>	TAK / NIE*** YES / NO
13. Czy monitorują Państwo warunki transportu produktów? <i>Are transport conditions monitored ?</i>	TAK / NIE*** YES / NO		
Inne dodatkowe informacje, uwagi: <i>Notes and comments:</i>			


*I declare that the information contained in this questionnaire are consistent. I also commit to inform the company PCF Procefar of any changes that may affect the quality and safety of medicinal products.*

.....  
 data, pieczęć i czytelny podpis przedstawiciela Klienta

*date, stamp and legible signature of the Customer's representative*

<p><i>Dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie niniejszego dokumentu. Wszelkie informacje zawarte przez Państwa w niniejszym formularzu będą traktowane jako poufne pomiędzy PCF Procefar a Państwa Firmą.          Thank you for your time. All information will be protected.</i></p> <p><i>Prosimy o odesłanie wypełnionego arkusza na adres <a href="mailto:farmacja@procefar.pl">farmacja@procefar.pl</a>          W razie zmian danych, prosimy o aktualizację danych.          Please return completed questionnaire to the address <a href="mailto:farmacja@procefar.pl">farmacja@procefar.pl</a></i></p>	<p><i>* proszę dołączyć zezwolenie / ostatnią decyzję zmieniającą odbiorcy          * please attach a copy</i></p> <p><i>** wypełnia PCF Procefar          ** PCF Procefar fills up</i></p> <p><i>*** zaznaczyć właściwe          *** please mark the right answer</i></p>
---	--

UWAGA: Dokument nadzorowany w formie elektronicznej pod adresem: \\DC.PROCEFAR.LOCAL – DOKUMENTACJA NADZOROWANA SJ. Dokument wydrukowany przestaje być nadzorowany i należy jego aktualność przed każdym użyciem zweryfikować z aktualną wersją.

 <p><b>PROCEFAR</b>  <small>PRODUCENCKA CENTRALA  FARMACEUTYCZNA</small></p>	<p><b>PCF Procefarm Sp. z o.o.</b>  51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F  BDO 000117917  e-mail: procefarm@procefarm.pl;  phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	<b>SOP/HF/017/Z/6ed6</b>
		Formularz
		Nr edycji 6
		Nr strony 4/4
<p><b>Tytuł: Kwestionariusz odbiorcy spoza RP / Recipient questionnaire outside the Republic of Poland</b></p>		
<p>Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.</p>		

**PCF Procefarm / UWAGI\*\*** .....

**PCF Procefarm / COMMENTS\*\*** .....