
 <p>PROCEFAR <small>PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</small></p>	<p>PCF Procefar sp. z o.o. 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>	SOP/HF/017/Z/6ed11
		Formularz
		Nr edycji 11
		Nr strony 1/3
Tytuł: Kwestionariusz kwalifikacji odbiorcy spoza RP		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		

Dane Przedsiębiorcy (Płatnik) / Company information (Payer)					
Nazwa przedsiębiorcy / <i>Company name</i>					
Adres siedziby przedsiębiorcy / <i>Company address</i>					
NIP / <i>VAT number</i>					
REGON / <i>Company registration certificate</i>					
Dane Odbiorcy Produktów / Recipient details					
Rodzaj prowadzonej działalności / <i>Type of business</i>		Hurtownia / <i>Wholesaler</i>			
		Apteka / <i>Pharmacy</i>			
Zezwolenia* / <i>Company authorization*</i>					
Nazwa Odbiorcy / <i>Recipient name</i>					
Adres Odbiorcy / <i>Physical address of the wholesaler / pharmacy</i>					
Telefon / <i>Telephone</i>					
E-mail address					
Osoba Odpowiedzialna / Responsible Person					
Imię i nazwisko / <i>Name, Surname</i>					
Telefon / <i>Telephone</i>					
E-mail address					
Osoba Odpowiedzialna za wstrzymanie i wycofanie / Person responsible for withdrawal and suspension of medicinal products					
Imię i nazwisko / <i>Name, Surname</i>					
Telefon / <i>Telephone</i>					
E-mail address					
Ocena jakościowa odbiorcy - system zapewnienia jakości / Recipient Quality Evaluation – Quality Management System					
Lp.	Elementy systemu zapewnienia jakości / <i>Components of a Quality Management System</i>	**		**	
1	Czy posiadają Państwo wdrożony system zapewnienia jakości? <i>Do you have an implemented Quality Management System?</i>		TAK/YES		NIE/NO
2	Jaki rodzaj systemu jakości Państwo posiadają: ISO 9001 / ISO 2200 / GDP / Inne – jakie? <i>Type of Quality Management System: ISO 9001/ ISO 2200 / GDP / Other</i>				
3	Czy posiadają Państwo certyfikat wdrożonego systemu jakości? <i>Do you have a Certificate of Quality System?</i>		TAK/YES		NIE/NO
4	Jaki certyfikat wdrożonego systemu jakości Państwo posiadają?*				
	<i>If yes, what kind of certificate?*</i> (Please attach a copy)				

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>PROCEFAR <small>PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</small></p>	<p>PCF Procefar sp. z o.o. 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>	SOP/HF/017/Z/6ed11
		Formularz
		Nr edycji 11
		Nr strony 2/3
Tytuł: Kwestionariusz kwalifikacji odbiorcy spoza RP		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		

5	Czy posiadają Państwo zwalidowany system skomputeryzowany do zarządzania gospodarką magazynową? <i>Do you have a validated computerized system for a warehouse management?</i>		TAK/YES		NIE/NO
6	Czy prowadzą Państwo rejestrację warunków przechowywania produktów? <i>Are the storage conditions for your products registered?</i>		TAK/YES		NIE/NO
7	Czy stosowane systemy do monitoringu warunków przechowywania produktów są zwalidowane? <i>Are the systems used to monitor the storage conditions of your products validated?</i>		TAK/YES		NIE/NO
8	Czy są Państwo audytowani przez zewnętrzne podmioty? <i>Are you audited by independent external auditors?</i>		TAK/YES		NIE/NO
9	Czy posiadają Państwo wdrożoną procedurę działań korygujących i zapobiegawczych? <i>Do you have an implemented corrective and preventive action procedure?</i>		TAK/YES		NIE/NO
10	Czy wszyscy pracownicy mają jasno określone uprawnienia i obowiązki? <i>Are all employees made aware of their rights and responsibilities?</i>		TAK/YES		NIE/NO
11	Czy wszyscy pracownicy są objęci programem szkoleń? <i>Is regular training for the staff conducted?</i>		TAK/YES		NIE/NO
12	Czy posiadają Państwo wdrożoną procedurę dotyczącą sfałszowanych produktów? <i>Do you have an implemented procedure for (suspected) falsified medicinal products?</i>		TAK/YES		NIE/NO
13	Czy prowadzą Państwo samoinspekcje, audyty wewnętrzne? <i>Do you perform self-audits?</i>		TAK/YES		NIE/NO
14	Czy przyjmują Państwo zwroty od swoich klientów? <i>Do you accept returns from your customers?</i>		TAK/YES		NIE/NO
15	Czy monitorują Państwo warunki transportu produktów? <i>Are transportation conditions for your products monitored?</i>		TAK/YES		NIE/NO
16	Inne dodatkowe informacje, uwagi: <i>Notes and comments:</i>				

I hereby certify that all the information given in this questionnaire is true, factual and correct. I also commit to inform the company PCF Procefar sp. z o. o. 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)

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 provided on this form will be treated as confidential.

Prosimy o odesłanie wypełnionego arkusza na adres farmacja@procefar.pl

W razie zmian danych, prosimy o aktualizację.

Please return completed questionnaire to: farmacja@procefar.pl

Please keep us informed of any changes or updates.

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.



PCF Procefar sp. z o.o.
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

SOP/HF/017/Z/6ed11

Formularz

Nr edycji 11

Nr strony 3/3

Tytuł: Kwestionariusz kwalifikacji odbiorcy spoza RP

Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.

- * *Proszę dołączyć kopię.*
Please attach a copy.
** *Zaznaczyć X właściwą odpowiedź.*
Please mark the right answer with an X.

PCF Procefar sp. z o.o. / UWAGI

PCF Procefar sp. z o.o. / COMMENTS

.....
.....