

Sila hantar kepada/Please submit to:
CUSTOMER CARE DEPARTMENT
PHARMANIAGA LOGISTICS SDN BHD,
7 LORONG KELULI 1B, KAW. PERINDUSTRIAN BUKIT RAJA SELATAN,
SEKSYEN 7, 40000 SHAH ALAM, SELANGOR DARUL EHSAN.
NO. TEL.: 603-33429999 / TALIAN BEBAS TOL: 1-800-888-313
NO. FAKS: 603-33438058
E-MAIL : complaint@pharmaniaga.com

Pharmaniaga Logistics Sdn Bhd (Utara) :
No. Tel : 604-5083330/331/332 No. Fax : 604-5083111
Pharmaniaga Logistics Sdn Bhd (Sarawak) :
No. Tel : 082-432800 No. Fax : 082-432806
Pharmaniaga Logistics Sdn Bhd (Sabah) :
No. Tel : 088-439188 No. Fax : 088-437288

SEKTOR / SECTOR: Kerajaan/ Government Swasta / Private Institusi / Institution

MAKLUMAT PRODUK: PRODUCT DETAILS	APPL <input type="checkbox"/>	Ubat tidak berdaftar dengan permit KKM/ Ubat alternatif (jika berkenaan) <input type="checkbox"/>	Bukan APPL Non APPL <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	--	---

Nama Produk : Product Name	Tarikh Luput : Expiry Date	No. Pendaftaran Produk: Product Registration No.
Kod Produk : Product Code	Jenama : Brand Name	Kuantiti Terlibat : Affected Quantity
No. Kelompok : Batch No.	No. Nota Hantaran : Delivery Order No.	
Pembekal / Pengilang : Supplier / Manufacturer	Sampel produk <input type="checkbox"/> Product sample	Gambar <input type="checkbox"/> Photo

MAKLUMAT ADUAN / COMPLAINT DETAILS:

1	PRODUK / PRODUCT	Ubat <input type="checkbox"/> Drug	*Peranti Perubatan <input type="checkbox"/> Medical Device	Bahan Mentah <input type="checkbox"/> Raw Material	Lain-lain <input type="checkbox"/> Others
Deskripsi aduan / Complaint description (Sila lampirkan maklumat tambahan jika ada / Please attach additional information if available)					
*Sejarah aduan / insiden / History of complaint / incident: (Sila isi bahagian tambahan * untuk aduan produk peranti perubatan sahaja)			*Adakah berlaku kecederaan? Is there any injury involved? <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No		

2	PENGHANTARAN ATAU PENERIMAAN ITEM / ITEM DELIVERY OR ACCEPTANCE (Tandakan pada kotak & isikan maklumat lanjut di ruangan deskripsi aduan)				
	Kurang Bekal <input type="checkbox"/> Short Supplied	Salah Item <input type="checkbox"/> Wrong Item	Cold Chain Issue <input type="checkbox"/> Isu Rantaian Sejuk		
	Lebih Bekal <input type="checkbox"/> Over Supplied	Item Tidak Diterima <input type="checkbox"/> Item Not Received	Nett Delivery <input type="checkbox"/>		
	Rosak <input type="checkbox"/> Damaged	Salah Destinasi <input type="checkbox"/> Wrong Destination / Not Door to Door	Lain-lain <input type="checkbox"/> Others	
Deskripsi aduan / Complaint description (Sila lampirkan maklumat tambahan jika ada / Please attach additional information if available)					

Penggantian / Replacement: Perlu / Required Tidak Perlu / Not Required

MAKLUMAT PELAPOR / COMPLAINANT DETAILS:

Nama: Name	Tarikh Aduan: Complaint Date	Pengesahan Aduan / Complaint Verification: Tandatangan & Cap Signature & Stamp, Ketua Bahagian / Head of Division/Department/Unit	Tarikh / Date
Alamat / Cap: Address / Stamp	No. Telefon: Tel. No.		
	E-mel: E-mail		

Bagi aduan bahan mentah & produk ubat tidak berdaftar dengan permit KKM / ubat alternatif sila salinkan aduan kepada :
 For raw materials & unregistered product with MOH permit / alternative product please forward a copy of complaint to:

Pengarah Amalan dan Perkembangan Farmasi
 Program Perkhidmatan Farmasi
 Lot 36, Jalan Universiti
 46200 Petaling Jaya, Selangor
 No. faks : 03-7968 2222