

1. Thông tin người liên hệ:

Giao dịch tại quầy: ☐ Gửi từ xa: ☐

Họ tên người gửi: Số ĐT: Email:

2. Yêu cầu:

Đổi sản phẩm: ☐ Nhận tại Quầy

☐ Nhận tại Bưu Cục: Người nhận: Số ĐT:

Hoàn tiền sản phẩm: ☐ Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:

Tên ngân hàng: Chi nhánh:

3. Thông tin sản phẩm: (Chính xác theo hóa đơn mua hàng)

STT	Mã Số NPP	Số Đơn Hàng	Tên Sản Phẩm x Số lượng	Ngày mua	Exp.

4. Mô tả sản phẩm: (Đánh dấu “X” vào mô tả phù hợp với sản phẩm)

STT	CÁC SẢN PHẨM PHARMANEX & NU SKIN		Chọn (điền STT ở mục 3)
1	Bao bì	Màng co bên ngoài bị rách, bao bì không kín	
2		Hộp sản phẩm bị vỡ, móp	
3		Nhãn/bao bì sai thông tin	
4	Cảm quan	Mùi/ vị lạ bất thường	
5		Màu sắc bất thường	
6		Viên trong hộp bị vỡ	
7		Không đủ trọng lượng, số viên trong hộp	
8		Sản phẩm bị tách lớp	
9	Phản ứng với sản phẩm	Dị ứng/ kích ứng với sản phẩm (Mô tả phản ứng của cơ thể/ da đối với sản phẩm)	
10	Hạn sử dụng	Cận ngày hết hạn (dưới 3 tháng)	

Nội Dung Khác:

Người yêu cầu

(Họ tên và chữ ký)

Ngày:

GHI CHÚ:

- Ngày hẹn trả kết quả: tối đa sau **10 ngày làm việc** kể từ ngày nhận được phiếu yêu cầu kiểm tra sản phẩm.

- Khi có thắc mắc về lỗi của sản phẩm, tình trạng đổi trả, hoàn tiền vui lòng liên hệ email: baohanh@nuskin.com hoặc số điện thoại (028) 7106 8838 (nhấn phím 2)

Người tiếp nhận

(Họ tên và chữ ký)

Ngày:

Phần công ty (KH không điền)

QUYẾT ĐỊNH ĐỔI / TRẢ SẢN PHẨM

Đổi sản phẩm	Hoàn tiền	Sản phẩm không lỗi
Đổi sản phẩm tương đương ☐	Chi phiếu ☐ Chuyển khoản ☐	Trả lại sản phẩm cho NPP ☐
Lý do: Đổi hàng do hư hỏng: ☐ Dị ứng/ kích ứng: ☐		
Khác:		

Ticket ID/ SAP No:	Quyết định xử lý bởi:	Bộ phận:	Ngày xử lý:
.....	Họ tên:		

1. HOÀN TẤT ĐỔI TRẢ SẢN PHẨM (PHẦN DÀNH CHO CÔNG TY)

Phần công ty	Khách hàng ký nhận:
Ngày:.....	Ngày:.....

2. HOÀN TẤT HOÀN TIỀN (PHẦN DÀNH CHO CÔNG TY)

DSR xác nhận:	Khách hàng:
Ngày:.....	Ngày:.....

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH BẢO HÀNH SẢN PHẨM

