

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: 603-33445628 / 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 : APPL <input type="checkbox"/>	Ubat tidak berdaftar dengan permit KKM/ Ubat alternatif (jika berkenaan) <input type="checkbox"/>	Bukan APPL <input type="checkbox"/>
PRODUCT DETAILS		

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

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
Deskripsi aduan / Complaint description (Sila lampirkan maklumat tambahan jika ada / Please attach additional information if available)				
2	PENGHANTARAN ATAU PENERIMAAN ITEM / ITEM DELIVERY OR ACCEPTANCE			
Kurang bekal <input type="checkbox"/> Short supplied		Terlebih bekal <input type="checkbox"/> Over supplied	Rosak <input type="checkbox"/> Damaged	Salah bekal <input type="checkbox"/> Wrongly supplied
Item tidak diterima <input type="checkbox"/> Item not received		Salah hantar <input type="checkbox"/> Wrongly delivered	Lain-lain <input type="checkbox"/> Others	
Deskripsi aduan / Complaint description (Sila lampirkan maklumat tambahan jika ada / Please attach additional information if available)				
3	LAIN-LAIN / OTHERS (Sila nyatakan / Please describe)			

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

MAKLUMAT PELAPOR / COMPLAINANT DETAILS:	PENGESAHAN ADUAN / COMPLAINT VERIFICATION:
--	---

Nama: Name	Tarikh Aduan : Complaint date:	Tandatangan & Cop Tarikh / Date Ketua Pegawai Farmasi/ Pegawai Farmasi YM Signature & Stamp, Chief Pharmacist/ Pharmacist in Charge
Alamat / Cop : Address / Stamp:	No. Telefon: Tel. No.	
	No. Faks: Fax No.	
	E-mel: E-mail:	

Bagi produk ubat tidak berdaftar dengan permit KKM dan ubat alternatif sila salinkan aduan kepada : For unregistered product with MOH permit and alternative product please forward a copy of complaint to:	Pengarah Amalan dan Perkembangan Farmasi Bahagian Perkhidmatan Farmasi Lot 36, Jalan Universiti 46200 Petaling Jaya, Selangor No. faks : 03-7968 2222
--	---

SEKTOR/SECTOR

Sila tandakan (/) di kotak berkenaan untuk kategori fasiliti yang terlibat seperti berikut:

- **Kerajaan / Government** : Hospital, Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) dan Klinik Kerajaan
- **Swasta / Private** : Hospital, Klinik Swasta dan Farmasi Komuniti
- **Institusi / Institution** : contoh seperti Hospital Universiti Sains Malaysia, Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia, Pusat Perubatan Universiti Malaya, Institut Jantung Negara.

MAKLUMAT PRODUK / PRODUCT DETAILS

Sila tandakan (/) di kotak berkenaan untuk jenis pembelian produk aduan:

- **APPL** : *Approved Products Purchase List*. Ubat yang termasuk di dalam senarai APPL Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM). Tandakan (/) juga jika ubat APPL tersebut adalah 'Ubat tidak berdaftar dengan permit KKM' atau 'Ubat alternatif'.
- **NON-APPL** : Ubat yang tidak termasuk didalam senarai APPL Kementerian Kesihatan Malaysia

Ruangan maklumat produk yang berikut perlu diisi dengan lengkap: Nama produk, kod produk, nombor kelompok, pembekal/pengilang, tarikh luput, kuantiti terlibat dan nota hantaran.

Sampel aduan / gambar yang jelas perlu dikemukakan bagi membantu siasatan.

MAKLUMAT ADUAN/ COMPLAINT DETAILS

Sila tandakan (/) di kotak berkenaan mengikut jenis aduan:

- **Produk** : Ubat, Peranti Perubatan atau Bahan Mentah
- **Penghantaran atau penerimaan item** : Berkaitan servis penghantaran/ pembekalan oleh Pharmaniaga Logistics Sdn Bhd.
- **Lain-lain** : sila nyatakan jika aduan selain daripada produk atau servis

Sila kepilkan lampiran jika ruangan yang disediakan tidak mencukupi.

Penggantian / Replacement

Sila tandakan (/) di kotak berkenaan jika memerlukan penggantian atau tidak bagi produk yang diadu.

MAKLUMAT PELAPOR / COMPLAINANT DETAILS

Pastikan ruangan maklumat pelapor diisi dengan lengkap.

PENGESAHAN ADUAN/COMPLAINT VERIFICATION

Aduan hendaklah disahkan oleh Ketua Pegawai Farmasi/ Pegawai Farmasi bagi sektor kerajaan.

- ❖ *Borang yang telah lengkap diisi boleh dihantar melalui wakil Pharmaniaga / pos / e-mel / faksimili, seperti maklumat yang terdapat di dalam Borang Aduan.*
- ❖ *Bagi aduan produk 'Ubat tidak berdaftar dengan permit KKM' atau 'Ubat alternatif', sila salinkan aduan kepada Bahagian Perkhidmatan Farmasi, seperti maklumat yang terdapat di dalam Borang Aduan.*