

## REKLAMAČNÝ FORMULÁR

MEDIKAMENT

Identifikačné údaje spotrebiteľa:

Meno a Priezvisko: .....

Adresa:.....

Mesto: .....PSČ:.....

Kontakt (tel., email): .....

Číslo faktúry	Dátum objednávky

Číslo účtu v tvare IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROSÍME, VYPLŇTE TABUĽKU

Údaje o tovare/produkte:

Kód tovaru/produktu	Názov tovaru/produktu	Množstvo

Dôvod reklamácie:

.....  
.....

Adresa pre doručenie nového produktu:

Meno a Priezvisko:.....

Adresa:.....

Mesto: .....PSČ:.....

Kontakt (tel., email):.....

Spôsob dopravy: Kuriér GLS

Dňa: ..... Podpis: .....

Reklamáciu zašlite poštou na adresu:

Lekárň PHARMACIA

Dlhý rad 8, 085 01 Bardejov

Informáciu o odoslaní reklamácie zašlite na email: [info@medikament.sk](mailto:info@medikament.sk)