

Reklamační protokol

Zákazník (Spotřebitel):	
Jméno a příjmení:	
Název společnosti:	
IČ:	
Adresa:	
Telefon:	
E-mail:	
Reklamované zboží:	
Datum objednávky:	
Číslo objednávky:	
Číslo faktury:	
Název zboží:	
Množství:	
Popis vady:	
Požadavek zákazníka na způsob vyřízení Reklamacce: (Např. oprava věci, dodání chybějící věci, výměna vadné součásti, výměna věci, odstoupení od smlouvy, atd.)	
Odeslání zboží:	
Reklamované zboží je nutné dobře a správně zabalit, v opačném případě nemusí být reklamacce uznána v plné výši z důvodu poškození nedostatečně zabaleného zboží.	
Reklamované zboží zašlete na adresu: Repharm a.s., Brandlova 1243/8, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava	
Reklamované zboží není možné vrátit zasláním na dobírku. Zásilky odeslané na dobírku nebudou převzaty.	
K zásilce přiložte kopii faktury a tento reklamační formulář.	

Datum:	Podpis zákazníka

NEVYPLŇUJTE! VYPLŇUJE LÉKÁRNA AGEL.

Datum přijetí Reklamací:	
Jméno pověřeného zaměstnance, který reklamaci přijal:	
Podpis pověřeného zaměstnance	
Vyhodnocení a způsob vyřízení reklamací:	
Datum vyřízení reklamací:	
Jméno pověřeného zaměstnance, který reklamaci vyřídil:	
Podpis pověřeného zaměstnance	