

Reklamačný formulár¹
(podľa čl. 6 ods. 4 Reklamačného poriadku)

Číslo objednávky:

Dátum objednania/dátum prijatia:

Kupujúci:

Meno a priezvisko:

Adresa bydliska

Telefón/email:

Bankové spojenie (IBAN)

Adresa pre vrátenie tovaru:

Lekáreň Farmazon

Púchovská 8

831 06 Bratislava

SKU	Názov tovaru	Množstvo	Spôsob vybavenia (1 - 4)

Postup reklamácie tovaru

1. vyplnený formulár spolu s tovarom je potrebné poslať na adresu pre vrátenie tovaru
2. tovar, ktorý má byť vrátený je možné poslať ako listovú zásielku alebo ako balík na adresu a to bez dobierky (zásielky s dobierkou nebudú prevzaté)

Spôsob vybavenia reklamácie (prosím označte):

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. odstránenie vady tovaru | 2. zľava z kúpnej ceny tovaru |
| 3. vrátenie kúpnej ceny na číslo účtu v tvare IBAN | 4. výmena tovaru |

Podrobný popis vady tovaru:

Dátum:

Podpis:

¹ nevzťahuje sa na vrátenie (reklamáciu) lieku alebo zdravotníckej pomôcky, pri vrátení (reklamácií) lieku alebo zdravotníckej pomôcky prosím použite formulár – Vrátenie lieku alebo zdravotníckej pomôcky