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:
Lekáreň PHARMACIA
Dlhý rad 6,085 01 Bardejov
Informáciu o odoslaní reklamácie zašlite na email: info@medikament.sk