Medikament

REKLAMAČNÝ FORMULÁR (*)

1. Identifikačné údaje zákazníka:

Meno a priezvisko:			
Adresa:			
PSČ:		*Mesto:*	
Tel. kontakt:		*Email:*	

Číslo faktúry	*Dátum objednávky*

2. Údaje o tovare/produkte:

Kód tovaru/produktu	*Názov tovaru/produktu*	*Množstvo*	*Dôvod vrátenia*

3. Žiadam o:

☐ *Vrátenie Peňazí:*

Číslo účtu v tvare IBAN pre vrátenie platby:																							
S	K																						

☐ *Výmenu tovaru: (adresa pre doručenie nového produktu)*

Meno a priezvisko:			
Adresa:			
PSČ:		*Mesto:*	
Tel. kontakt pre kuriera:		*Email:*	

Spôsob doručenia nového tovaru: kuriér GLS

Dátum:		*Podpis:*	

Reklamáciu zašlite poštou na adresu: MEDIKAM, s.r.o., Duklianska 14, 085 01 Bardejov.

Informáciu o odoslaní zašlite aj na email: info@medikament.sk