

Reklamačný formulár

Kupujúci:

Meno / Obchodné meno:

Adresa:

IČO:

telefón:

e-mail:

Predávajúci:

Obchodné meno: STOLAMED PLUS, s.r.o.

Adresa: Michalská 9

811 03 Bratislava

IČO: 468 929 23

telefón: 0907 220 700,0915 161 583

e-mail: stolamedplus@gmail.com

Týmto reklamujem doleuvedený tovar s popisom závady

Názov tovaru:

Zakúpený dňa:

Číslo dokladu/faktúry:

Popis chyby:

Dátum:

Podpis kupujúceho:

Vyjadrenie Predávajúceho

Vyššie uvedený tovar sme prijali na reklamáciu. Na základe preverenia stavu a podľa nášho názoru BOLA * NEBOLA * reklamácia opodstatnená.

Návrh riešenia:

Zodpovedná osoba:

Dátum:

Podpis predávajúceho:

* nevhodné prečiarknite