



FORMULÁŘ PRO VRÁCENÍ ZBOŽÍ NEBO UPLATNĚNÍ REKLAMACE

Vyplňte tento formulář a pošlete jej společnosti Bexamed s.r.o. v případě, že chcete uplatnit právo z vadného plnění a záruky za jakost v souladu s Reklamačním řádem, anebo když chcete vrátit zboží.

Adresát (prodávající): Bexamed s.r.o., s poštovní adresou Miranova 148/10, Praha 10, 10200

E-mail: hidshop@bexamed.cz

Jméno a příjmení (kupující):

Adresa:

Telefon:

Email:

Reklamované/vrácené zboží:

Číslo dokladu / číslo objednávky:

Datum prodeje:

Popis závady:

Preferovaný způsob vyřízení reklamace:

a) oprava

b) výměna

c) odstoupení od smlouvy

Datum:

Podpis:

(vyplní prodávající)

Obsah balení při předání do reklamačního řízení:

Datum převzetí reklamace:

Datum vyřízení reklamace: