**FORMULÁŘ PRO 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.

Adresát (prodávající): Bexamed s.r.o., s poštovní adresou Miranova 148/10, Praha 10, 10200, e-mail: info@bexamed.cz.

**Jméno a příjmení (kupující):**

**Adresa:**

**Telefon:
Email:**

**Reklamované 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: 