**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](mailto: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: 