

FORMULÁŘ PRO REKLAMACI

Adresát: **Alterna Medica s.r.o., se sídlem Bílkova 855/19,
Staré Město, 110 00 Praha
IČ: 21056129, DIČ: CZ21056129**

Uplatnění reklamace

Datum uzavření Smlouvy:

Jméno a příjmení:

Adresa:

E-mailová adresa:

Zboží, které je reklamováno:

Popis vad Zboží:

Navrhovaný způsob pro vyřízení
reklamace, případně uvedení čísla
bankovního účtu pro poskytnutí
slevy:

Zároveň žádám o vystavení potvrzení o uplatnění reklamace s uvedením, kdy jsem toto právo uplatnil, co je obsahem reklamace spolu s mým nárokem včetně data a způsobu vyřízení reklamace.

Datum:

Podpis: