

PRÍLOHA Č. 1 - FORMULÁR PRE REKLAMÁCIU

**Adresát: ISP MEDIKO s.r.o., Švabinského 3435/13, 851 01
Bratislava-mestská časť Petržalka**

Uplatnenie reklamácie

Titul, meno a priezvisko:

Adresa bydliska:

E-mailová adresa:

Číslo objednávky a faktúry:

Dátum objednania:

Dátum prevzatia tovaru:

Tovar, ktorý je reklamovaný (názov a kód):

Popis a rozsah väd tovaru:

Ako zákazník predávajúceho požadujem, aby moja reklamácia bola vybavená nasledovným spôsobom:

Prajem si vrátiť peniaze na bankový účet (IBAN)/iným spôsobom:

Prílohy:

Dátum:

Podpis: