

REKLAMAČNÝ FORMULÁR

Lekáreň Východ – BryPharm spol. s r.o., www.lekarenavychod.sk

Číslo objednávky:

1. Identifikačné údaje zákazníka

Meno a priezvisko:

Ulica a číslo:

PSČ a mesto:

Štát:

E-mail:

Telefón:

2. Identifikačné údaje reklamovaného tovaru

Názov tovaru / lieku / zdravotníckej pomôcky:

Lieková forma (ak ide o liek):

Množstvo liečiva v jednej dávke (ak ide o liek):

Veľkosť balenia:

Počet balení:

3. Popis vady / dôvod reklamácie

Podrobný opis vady alebo dôvodu vrátenia:

4. Preferovaný spôsob vybavenia reklamácie

Oprava / Výmena / Zľava / Odstúpenie od zmluvy (uvedte):

Dátum:

Podpis (len pri zaslaní poštou):

Poznámka: Liek alebo zdravotnícku pomôcku možno vrátiť len z dôvodov uvedených vo vyhláške MZ SR č. 21/2012 Z. z.