

PŘÍLOHA Č. 1 - FORMULÁŘ PRO REKLAMACI

Adresát: INLAB Medical, s.r.o., Karmelitská 379/18, 11800 Praha

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: