

Vzorový formulář pro uplatnění reklamace

Adresát:**VasMedic s.r.o.**

Moulíkova 3286/1b

150 00 Praha 5

IČ/DIČ: 10916032/CZ10916032

Zápis v OR: vedeném Městským soudem v Praze, sp. zn. C 350639

datová schránka: chkzjck

kontaktní e-mail: recepce@vasmedic.cz

Tímto uplatňuji práva z vadného plnění u služby: (*),
převzaté/poskytnuté dne: (*).

Prokazuji, že služba byla poskytnuta společností VasMedic s.r.o., a to následujícím dokladem:
..... (*), který přikládám jako přílohu k tomuto formuláři.

Podrobný popis vady: (*).

Žádám o vyřízení reklamace následujícím způsobem: (*)

Žádám o vystavení písemného potvrzení o uplatnění reklamace s uvedením, kdy jsem jí uplatnil/la, co je obsahem reklamace spolu s mnou požadovaným způsobem jejího vyřízení, a následně potvrzení data a způsobu vyřízení reklamace, včetně potvrzení o provedení opravy a době jejího trvání (v případě, že se jedná o opravu).

Jméno a příjmení spotřebitele (*)

Adresa spotřebitele (*)

Tel. číslo (*)

Kontaktní e-mail (*)

Podpis spotřebitele (*)

Datum (*)

(*) Nehodící se škrtněte nebo údaje doplňte.

Formulář je třeba vytisknout, podepsat a zaslat v listinné podobě na výše adresu: Moulíkova 3286/1b, Smíchov, 150 00 Praha 5, nebo naskenovaný v elektronické podobě do datové schránky: chkzjck, nebo na e-mailovou adresu: recepce@vasmedic.cz, případně jej vložit do zásilky s reklamovaným zbožím.