**PRÍLOHA Č. 1 - FORMULÁR PRE REKLAMÁCIU**

**Adresát: T.O.P. Medical s.r.o., Praznov 42, 017 01 Považská Bystrica**

**Uplatnenie reklamácie**

| Vyplní Spotrebiteľ |
| --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Adresa bydliska: |  |
| Vyplní Podnikateľ – fyzická osoba |
| Obchodné meno: |  |
| Adresa bydliska / Sídlo: |  |
| IČO/Zápis |  |
| Vyplní Podnikateľ – právnická osoba |
| Obchodné meno: |  |
| Sídlo právnickej osoby: |  |
| IČO/údaj o zápise v Obchodnom registri: |  |
| Meno a priezvisko osoby, ktorá koná v mene Podnikateľa – právnickej osoby/funkcia |  |
| E-mailová adresa: |  |
| Číslo objednávky a faktúry: |  |
| Dátum objednania: |  |
| Dátum prevzatia tovaru: |  |
| Tovar, ktorý je reklamovaný (názov a kód): |  |
| Popis a rozsah vád 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: