

**Vzorový formulář pro uplatnění práv z vadného zboží
(reklamační list)**

Adresát: Lékárna BENU, Lékárna Jugoslávská s.r.o., IČ:01952579, se sídlem Jugoslávská 768/9,
613 00 Brno

Kupující tímto oznamuje, že uplatňuje vady u následujícího zboží:

Popis vady / vad zboží:

Datum objednání zboží:

Datum obdržení zboží:

Číslo objednávky:

Jméno a příjmení kupujícího: :

Adresa kupujícího:

Telefon a e-mail kupujícího: :

Požadované plnění z titulu vady zboží:

Datum:

.....

Podpis kupujícího (pouze pokud je tento formulář zasílán v listinné podobě)

Příloha: - kopie dokladu o koupi