**Formulár pre reklamáciu**

**Adresát:** ARTKE s.r.o., Sokolovská 10, 040 11 Košice, IČO: 43 791 760

#### **Tovar je potrebné vrátiť alebo zaslať: na adresu: Lekáreň ART, Čajakova 2, 040 12 Košice. Tovar zaslaný do adresy sídla nebude prevzatý, pretože tam nie je na to uspôsobená schránka. Ďakujeme**

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:

**Reklamáciu je nutné zaslat na adresu prevádzkárne: – inak NEBUDE PREVZATÁ !!!!**

**Lekáreň ART , Čajakova 2, 040 12 Košice,mobil: 0952 267 770 tel : 055/ 464 73 71**