

VZOROVÝ FORMULÁŘ PRO UPLATNĚNÍ PRÁV

Z VADNÉHO PLNĚNÍ

# Adresát:

E-shop Lékárna Nemocnice Šumperk, Pavilon L, Nerudova 640/41, 787 01 Šumperk, IČ: 47682795, DIČ: CZ699004407

Jako zákazník internetového obchodu [www.e-lekarnik.cz](http://www.e-lekarnik.cz/) oznamuji:

# Datum objednání zboží: Datum doručení (převzetí) zboží:

Jméno a příjmení kupujícího (obchodní firma):

Adresa kupujícího (sídlo):

Tel. kupujícího:

Email kupujícího:

Číslo prodejního dokladu:

Číslo objednávky:

*Vykazuje-li zboží vadu, podrobně ji, prosím, popište (při specifikaci Vadného plnění povinný údaj):*

Datum vyplnění formuláře: Podpis kupujícího: