

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 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: _____

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

Datum vyplnění formuláře: _____

Podpis kupujícího: _____

