**Vzorový formulář pro uplatnění práv z vadného zboží**

**(reklamační list)**

***Adresát:***Lékárna BENU, BENU Česká republika s.r.o., IČ:496 21 173, se sídlem K pérovně 945/7, 102 00 Praha 10

*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*

***Vyplní BENU Lékárna v případě osobního uplatnění reklamace (kupující nevyplňuje):***

*Adresa BENU Lékárny a číslo NS:*

*Potvrzujeme přijetí shora uvedené reklamace dne:*

*Jméno, příjmení a podpis pověřeného zaměstnance: ………………………………………………..*