

REKLAMAČNÝ FORMULÁR

Obchodné meno :

Adresa sídla/miesta podnikania:

IČO:

Zápis:

Zastúpenie:

DIČ/IČ DPH:

Telefónne číslo/ email:

(ďalej len ako „podnikateľ“)

Meno, priezvisko, titul :

Adresa bydliska:

Telefónne číslo/ email:

(ďalej len ako „spotrebiteľ“)

týmto vo Vašej spoločnosti FARBALSTAV s.r.o., so sídlom 417, Čeladice 951 03, IČO: 46 799 885, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Nitra, oddiel: Sro, vložka číslo: 32466/N, **reklamujem** dole uvedený tovar s uvedeným popisom závad.

Číslo objednávky a faktúry:

Dátum objednania:

Dátum prevzatia tovaru:

Tovar, ktorý reklamujem (presný názov a kód tovaru podľa ponuky):

.....

Presný popis a rozsah vady tovaru, predmet reklamácie:

.....

.....

Požadujem, aby moja reklamácia bola vybavená nasledovným spôsobom:

.....

V prípade požadovaného spôsobu reklamácie - vrátenie kúpnej ceny:

Prajem si vrátiť peniaze na bankový účet:

Prílohy:.....

.....

Svojim podpisom potvrdzujem správnosť údajov.

V, dňa, podpis