



## FORMULÁŘ PRO VRÁCENÍ ZBOŽÍ NEBO UPLATNĚNÍ REKLAMACE

Vyplňte tento formulář a pošlete jej společnosti Bexamed s.r.o. v případě, že chcete uplatnit právo z vadného plnění a záruky za jakost v souladu s Reklamačním řádem, anebo když chcete vrátit zboží.

Adresát (prodávající): Bexamed s.r.o., s poštovní adresou Miranova 148/10, Praha 10, 10200

E-mail: [kasksafety@bexamed.cz](mailto:kasksafety@bexamed.cz)

**Jméno a příjmení (kupující):**

**Adresa:**

**Telefon:**

**Email:**

**Reklamované/vracené zboží:**

**Číslo dokladu / číslo objednávky:**

**Datum prodeje:**

**Popis závady:**

**Preferovaný způsob vyřízení reklamace:**

- a) oprava
- b) výměna
- c) odstoupení od smlouvy

**Datum:**

**Podpis:**

-----  
-----

(vyplní prodávající)

Obsah balení při předání do reklamačního řízení:

Datum převzetí reklamace:

Datum vyřízení reklamace: