

# Formulář pro reklamaci (uplatnění práv z vadného plnění)

**Adresát:** Lékárna Angis  
Jiřího Wolкера 495/3  
682 01 Vyškov

Oznamuji tímto, že uplatňuji práva z vadného plnění přijatého od Vaší firmy dle údajů níže:

Popis vady (vadného plnění):

---

---

---

---

---

Číslo objednávky: \_\_\_\_\_

Datum obdržení zboží: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Ulice \_\_\_\_\_

Město \_\_\_\_\_

PSČ \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

Kontaktní e-mail: \_\_\_\_\_

Číslo bankovního účtu: \_\_\_\_\_

Datum:

---

Podpis zákazníka

Příloha:

Kopie dokladu o koupi.