ZAHTEV ZA REKLAMACIJU

Ime: _____

Prezime: _____

Adresa: _____

Broj mob. telefona: _____

E-mail adresa: _____

Oznaka artikla i veličina (podaci iz računa):

_____

Opis reklamacije: _____

_____

_____

Datum prijema robe: _____

Broj računa: _____

Cena kupljenog proizvoda: _____

Potrošač svojim potpisom potvrđuje:

- Da je saglasan da mu prodavac Odluku po podnetoj reklamaciji dostavi elektronskim putem na njegovu e-mail adresu;
- Da je saglasan da u slučaju opravdane reklamacije ugovoreni rok za ispunjenje zahteva iz reklamacije bude 15 dana od dana prijema reklamacije;
- Da je saglasan da se kao datum podnošenja reklamacije tretira datum kada Apotekarska ustanova Lukic-lek, sa sedištem u 15320 Ljubovija, adresa: Karadjordjeva 8, MB: 17875213, PIB: 109132041 primi preporučenu pošiljku na adresu: 15320 Ljubovija, Karadjordjeva 8;
- Da je u slučaju opravdane reklamacije njegov zahtev iz reklamacije:

	Otklanjanje nedostatka na proizvodu o trošku prodavca
	Zamena proizvoda sa nedostatkom za nov ispravan
	Umanjenje cene
	Povraćaj plaćene kupoprodajne cene

(obavezno označiti jednu od ponuđenih opcija)

Potpis kupca: _____

Obrazac Zahteva odštampati, popuniti sve tražene podatke i potpisati. Zahtev zajedno sa reklamiranom robom, računom, kopijom računa ili drugim dokazom o kupovini, dostaviti preporučenom poštom na adresu:

15320 Ljubovija, Karadjordjeva 8