

	FORMULÁR Reklamačný zápis odberateľa	F041. Vydanie: 3
	MEDICAL GROUP SK a.s., Trnavská cesta 27/B, 831 04 Bratislava	Strana 1 z 1

Odberateľ:	Typ tovaru : (hodiace sa označte X) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bežný tovar <input type="checkbox"/> Chladnička <input type="checkbox"/> Opiát
-------------------	--

Názov tovaru	Množstvo	Šarža	Exspirácia	Číslo DL/FA	Dátum vystavenia

Dôvod reklamácie:	
Spôsob vysporiadania:	

Prehlasujem, že reklamovaný tovar bol skladovaný za podmienok stanovených výrobcom. Bola dodržaná správna lekárska prax.

Reklamáciu vystavil:	Dátum:	Podpis:
Reklamáciu prevzal (meno vodiča) :	Dátum:	Podpis:

Reklamáciu je možné uplatniť do 2 pracovných dní od doručenia tovaru na základe platného reklamačného poriadku.

IČO: 31708030, DIČ: 2020481936, IČ DPH: SK2020481936. Spoločnosť zapísaná v OR Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka č.:5995/B. Bankové spojenie: UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia a.s., IBAN: SK04 1111 0000 0001 0536 9007, SWIFT (BIC): UNCRSKBX. Tel.: +421 2 2085 0930, Fax: +421 2 2085 0940, e-mail: medicalgroupsk@medicalgroupsk.sk, www.medicalgroupsk.sk