



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 )

- Bežný tovar  
 Chladnička  
 Opiát

Názov tovaru	Množstvo	Šarža	Exspirácia	Číslo DL/FA	Dátum vystavenia

<b>Dôvod reklamácie:</b>	
<b>Spôsob vysporiadania:</b>	

**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](mailto:medicalgroupsk@medicalgroupsk.sk), [www.medicalgroupsk.sk](http://www.medicalgroupsk.sk)