

ZAHTEV ZA REKLAMACIJU BR: _____

Naziv i adresa prodavnice:	Telefon:
----------------------------	----------

POPUNJAVA KUPAC:

Ime i prezime kupca: _____

Adresa kupca: _____ e-mail: _____

Oznaka artikla: _____ Telefon: _____

Opis reklamacije:

M. P. CENA PROIZVODA	BROJ RAČUNA / DOKAZ O KUPOVINI

Način rešavanja reklamacije proizvoda ukoliko je osnovana - uvažena (označite odgovarajuću stavku sa X):

- ☐ otklanjanje nedostataka proizvoda o trošku prodavca
- ☐ zamena proizvoda sa nedostatkom za nov, ispravan
- ☐ povraćaj novca

DATUM	Kupovine:
	Reklamacije:
POTPIS KUPCA	

POPUNJAVA KOMISIJA: ODLUKA KOMISIJE ZA REKLAMACIJU

Vrsta greške: _____

Odluka: _____

Datum: _____ Potpis komisije: _____

- UPOZORENJE - NAPOMENA**
- Kod proizvoda koji se šalje na reklamaciju reklamna greška mora biti označena/navedena.
 - Uz reklamacioni list priložiti dokaz o kupovini.
 - Reklamacioni list ispuniti u 3 (tri) primerka, i to: po 1 (jedan) primerak kupcu i prodavnici, a 1 (jedan) primerak prati proizvod.
 - Reklamirani proizvod, sa odštampanim i potpisanim Zahtevom za reklamaciju dostaviti prodavcu i/ili distributeru poštom: Apoteka Magistra Živanović, Mileve Marić-Ajnštajn 54 lokal 6, 11070 Beograd.
 - Svi podaci se čuvaju i obrađuju u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti.