

REKLAMAČNÍ LIST

Datum zakoupení výrobku:..... Datum uplatnění reklamace:.....

Odběratel:

Název:

Adresa:

Telefon:

Kontaktní osoba:

IČO:..... DIČ:.....

Spotřebitel:

Jméno, příjmení:

Adresa:

Telefon:

Reklamovaný výrobek:

KT	provedení	název výrobku	velikost/délka	barva	ks/pár	EAN

Popis vady:

.....

.....

.....

.....

POZOR! Nedílnou součástí reklamačního listu je vadný výrobek.

Razítko:

Příjmení:

Podpis:

MAXIS a. s.

Na Potůčkách 163 • 757 01 Valašské Meziříčí • Česká republika

E-mail: info@maxis-medica.com • www.maxis-medica.com

Tel.: +420 571 633 510-511 • Fax: +420 571 616 271

IČ: 25675893 • DIČ: CZ 25675893

MAXIS...we care about you