

FORMULÁŘ PRO REKLAMACI

Adresát: Lab In - Institut laboratorní medicíny, s.r.o., se sídlem Blahoslavova 18/5, Drahotice, 360 01 Karlovy Vary, IČO: 25230271, zapsaná v obchodním rejstříku pod sp. zn. C 10836 vedenou u Krajského soudu v Plzni, e-mail: potrebuji@labin.cz

Uplatnění reklamace

Datum uzavření Smlouvy:	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
E-mailová adresa:	
Služba, která je reklamována:	
Popis vad Služby:	
Navrhovaný způsob pro vyřízení reklamace, případně uvedení čísla bankovního účtu pro poskytnutí slevy:	

Zároveň žádám o vystavení potvrzení o uplatnění reklamace s uvedením, kdy jsem toto právo uplatnil, co je obsahem reklamace spolu s mým nárokem včetně data a způsobu vyřízení reklamace.

Datum:

Podpis: