**FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ NEBO REKLAMACI**

**PRODÁVAJÍCÍ**

|  |
| --- |
| Společnost **Zafax Medical s r.o.** se sídlem na adrese Podolská 103/126, 147 00 Praha 4 Podolí, identifikační číslo 01723081, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou C 218189 |

**ZÁKAZNÍK**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení:**  **Adresa:**  **Telefon:**  **Email:**  **Číslo bankovního účtu:** |

**OBJEDNÁVKA**

|  |
| --- |
| **Číslo objednávky:**  **Číslo faktury:**  **Datum objednávky:**  **Datum převzetí zboží:** |

Zákazník tímto:

* + - * 1. odstupuje od kupní smlouvy uzavřené na základě výše uvedené objednávky bez udání důvodu ve lhůtě 14 dnů ohledně následujícího zboží (*uveďte název zboží a počet kusů*):

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* + - * 1. vytýká následující vady zboží zakoupeného na základě výše uvedené objednávky (*uveďte název zboží a v čem spočívá jeho vada*):

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

V případě uznané reklamace žádám *(vyberte jednu z možností*): (i) odstranění vady zboží, (ii) dodání nového zboží bez vady, je-li to přiměřené, nebo (iii) přiměřenou slevu z ceny zboží.

**Přílohy: *Zboží***

***Kopie faktury***

**Datum:**

**Podpis zákazníka:**