

ZAHTEV ZA REKLAMACIJU

Ime: _____

Prezime: _____

Adresa: _____

Broj mob. telefona: _____

E-mail adresa: _____

Oznaka artikla i veličina (podaci iz računa):

Opis reklamacije: _____

Datum prijema robe: _____

Broj računa: _____

Cena kupljenog proizvoda: _____

Potrošač svojim potpisom potvrđuje:

- Da je saglasan da mu prodavac Odluku po podnetoj reklamaciji dostavi u roku od 8 dana elektronskim putem na njegovu e-mail adresu;

- Da je saglasan da se kao datum podnošenja reklamacije tretira datum kada prodavac primi preporučenu pošiljku na adresu INNventa Pharm d.o.o, Šumatovačka 36/9, Beograd

Da je u slučaju opravdane reklamacije njegov zahtev iz reklamacije:

1. Zamena proizvoda sa nedostatkom za nov ispravan
2. Povraćaj plaćene kupoprodajne cene

(obavezno označiti jednu od ponuđenih opcija)

Potrošač je upoznat sa sledećim:

- Rok za rešavanje reklamacije ne može da bude duži od 15 dana.
- Ukoliko prodavac iz objektivnih razloga nije u mogućnosti da udovolji zahtevu potrošača u roku koji je dogovoren, dužan je da o produžavanju roka za rešavanje reklamacije obavesti potrošača i navede rok u kome će je rešiti, kao i da dobije njegovu saglasnost
- Produžavanje roka za rešavanje reklamacija moguće je samo jednom.

Potpis kupca: _____

Obrazac Zahteva odštampati, popuniti sve tražene podatke i potpisati. Zahtev zajedno sa kopijom računa ili drugim dokazom o kupovini, dostaviti mailom na office@innventa-pharm.com, nakon čega će kurir doći na Vašu adresu i preuzeti zahtev zajedno sa reklamiranom robom, računom, kopijom računa ili drugim dokazom o kupovini.