



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 • Czech Republic

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

Telefon: +420/ 571 633 510 - 511 • Fax: +420/ 571 616 271

IČO: 25675893 • DIČ: CZ 25675893

MAXIS...we care about you