REKLAMAČNÍ FORMULÁŘ

pro spotřebitele

PRODÁVAJÍCÍ

OPTIMTOP s.r.o.

Aksamitova 1071/1, 779 00 Olomouc

tel.: +420 731 800 800

e-mail: info@optimtop.cz

REKLAMACI UPLATŇUJE

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Telefon: _____ **E-mail:** _____

Číslo účtu (volitelné, je-li relevantní): _____

Datum objednávky: _____ **Datum doručení:** _____

Číslo objednávky (volitelné): _____ Číslo faktury (volitelné): _____

REKLAMOVANÉ ZBOŽÍ - specifikace / množství

_____

POPIS VADY A JEJÍCH PROJEVŮ

Není nutné uvádět příčinu vady - popište, jak se vada projevuje.

_____

_____

_____

POŽADOVANÝ ZPŮSOB VYŘÍZENÍ REKLAMACE

Uveďte, jaký způsob vyřízení požadujete. Konkrétní nárok bude posouzen podle povahy vady a zákonných podmínek.

_____

Datum uplatnění reklamace:

_____

Podpis spotřebitele

(pouze při listinném podání):

_____

INFORMACE PRO SPOTŘEBITELE

Použití tohoto formuláře není podmínkou uplatnění reklamace; slouží pouze k usnadnění jejího vyřízení. Reklamaci lze uplatnit i jiným jednoznačným a srozumitelným způsobem. Číslo objednávky ani faktury není povinné, lze-li nákup u prodávajícího prokázat jinak. Vyplněný formulář můžete zaslat na info@optimtop.cz nebo na adresu OPTIMTOP s.r.o., Aksamitova 1071/1, 779 00 Olomouc.

POTVRZENÍ O UPLATNĚNÍ REKLAMACE - VYPLŇUJE PRODÁVAJÍCÍ

Datum uplatnění reklamace: _____ **Reklamaci převzal / eviduje:** _____

Obsah reklamace: viz výše / doplnění: _____

Požadovaný způsob vyřízení: viz výše / doplnění: _____

Kontaktní údaje spotřebitele: viz výše

VYŘÍZENÍ REKLAMACE - VYPLŇUJE PRODÁVAJÍCÍ

Datum vyřízení: _____ **Datum informování spotřebitele:** _____

Způsob vyřízení reklamace:

_____

Provedená oprava a doba jejího trvání (je-li relevantní):

_____

Odůvodnění zamítnutí reklamace (je-li reklamace zamítnuta): _____

Za prodávajícího - jméno / podpis: _____

Tento formulář nenahrazuje povinnost prodávajícího vydat spotřebiteli zákonné potvrzení o uplatnění a vyřízení reklamace; vyplněný formulář může jako takové potvrzení sloužit, obsahuje-li všechny zákonné náležitosti.