

## 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 elektronskim putem na njegovu e-mail adresu;
- Da je saglasan da u slučaju opravdane reklamacije ugovoreni rok za ispunjenje zahteva iz reklamacije bude 15 dana od dana prijema reklamacije;
- Da je saglasan da se kao datum podnošenja reklamacije tretira datum kada **Arcus pharma d.o.o.** primi preporučenu pošiljku na adresu: **Vodovodska 160, Beograd - Čukarica;**
- Da je u slučaju opravdane reklamacije njegov zahtev iz reklamacije:

<input type="checkbox"/>	Otklanjanje nedostatka na proizvodu o trošku prodavca
<input type="checkbox"/>	Zamena proizvoda sa nedostatkom za nov ispravan
<input type="checkbox"/>	Umanjenje cene
<input type="checkbox"/>	Povraćaj plaćene kupoprodajne cene

(obavezno označiti jednu od ponuđenih opcija)

Potpis kupca: \_\_\_\_\_

Obrazac Zahteva odštampati, popuniti sve tražene podatke i potpisati. Zahtev zajedno sa reklamiranom robom, računom, kopijom računa ili drugim dokazom o kupovini, dostaviti preporučenom poštom na adresu:

**Vodovodska 160, Beograd - Čukarica**