

OBRAZAC ZA REKLAMACIJU**KUPAC**

Ime i prezime: _____

Ulica i kućni broj: _____

Grad i poštanski broj: _____

Telefon: _____ Email adresa: _____

Broj računa za povrat novca (IBAN):

H	R																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Br. narudžbe: _____

Datum preuzimanja robe: _____

Datum otkrića greške: _____

Datum povratka robe: _____

ARTIKL (u nastavku napišite koje artikle reklamirate):

1. _____ KOLIČINA _____ LOT KOD (samo za leće) _____

2. _____ KOLIČINA _____ LOT KOD (samo za leće) _____

3. _____ KOLIČINA _____ LOT KOD (samo za leće) _____

4. _____ KOLIČINA _____ LOT KOD (samo za leće) _____

LOT kod upišite ako je naveden na artiklu. Podatak je obavezan za reklamaciju kontaktnih leća. Priložite obrazac, račun i presliku nalaza. Leće pošaljite u kutijici za pohranu, uronjene u tekućinu.

OPIS REKLAMACIJE

KAO RJEŠENJE REKLAMACIJE ŽELIM: zamjenu robe popravak robe povrat novcaArtikle pošaljite na adresu **Adrial d.o.o., Stancija Kaligari 3, 52440 Poreč.**

Adrial d.o.o. će vaše osobne podatke obrađivati u skladu s Uredbom EU 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ te u skladu s politikom zaštite osobnih podataka i isključivo u svrhe u koje su proslijeđeni. Izjavljujem da su navedeni podaci točni i istiniti.

Datum: _____ Potpis kupca: _____