

OBRAZAC ZA REKLAMACIJU**KUPAC**

Ime i prezime: _____

Ulica i kućni broj: _____

Grad i poštanski broj: _____

Telefon: _____ Email adresa: _____

Iznos vratite na idući način (označi/ispuni):

 Isti način plaćanja s kojim je narudžba plaćena (kreditna kartica) Drugi broj računa (ispuni):

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 kontaktne leće) _____

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

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

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

LOT kod upišite ako je naveden na artiklu. Podatak je obavezan za reklamaciju kontaktnih leća.

OPIS REKLAMACIJE

KAO RJEŠENJE REKLAMACIJE ŽELIM: zamjenu robe popravak robe povrat novca

Artikle i zadnji oftalmološki nalaz pošaljite na adresu:

Vraćanje Hrvatskom poštom:

Adrial d.o.o., NSC, Centralno skladište, Poštanska ulica 9, 10410 Velika Gorica

Vraćanje Overseas Expressom:

Overseas Express, Zastavnice 38A, 10251 Hrvatski Leskovac

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: _____