



Plus Pharmaceuticals d.o.o.
Janka Veselinovića 2, 34000 Kragujevac, Srbija
plus-pharmaceuticals.com; office@plus-pharmaceuticals.com
tel: +381 60 4170414

PIB: 108498015
MB: 21011177
t.r. 170-30020432001-04

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 **Plus Pharmaceuticals d.o.o.** primi preporučenu pošiljku na adresu: **Janka Veselinovića 2 lokal 2, Kragujevac;**
- Da je u slučaju opravdane reklamacije njegov zahtev iz reklamacije:

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



Plus Pharmaceuticals d.o.o.
Janka Veselinovića 2, 34000 Kragujevac, Srbija
plus-pharmaceuticals.com; office@plus-pharmaceuticals.com
tel: +381 60 4170414

PIB: 108498015
MB: 21011177
t.r. 170-30020432001-04

(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:

Janka Veselinovića 2 lokal 2, Kragujevac