

BAX PHARMA, s.r.o. Leškova 8, 81104 Bratislava

I. IDENTIFIKÁCIA ODBERATEĽA

Názov odberateľa:

Adresa odberateľa:

Kontaktná osoba odberateľa:

Telefónne číslo:

Dátum reklamácie:

II. IDENTIFIKÁCIA OBJEDNÁVKY

Dátum dodania:

Číslo dokladu (faktúry,
dodacieho listu):**III. INFORMÁCIE O REKLAMOVANOM TOVARE***

P.č.	Obchodný názov	Expirácia	Šarža	Množstvo (ks)	Zdôvodnenie reklamácie

* V prípade nedostatku miesta v tabuľke, využite zadnú stranu záznamu.

Čestne prehlasujem, že tovar, ktorý je predmetom reklamačného konania, bol skladovaný za vhodných podmienok, predpísaných výrobcom.

ODOVZDAL za odberateľa
(pečiatka, podpis odberateľa):

PREVZAL za dodávateľa
(podpis):

Dátum prevzatia: