

OBRAZEC ZA REKLAMACIJO/VELJAVLJANJE STVARNE NAPAKE

Št. naročila: _____

Št. računa: _____

Datum vračila: _____

NAROČNIK

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Poštna številka in pošta: _____

Telefon: _____

E-naslov: _____

TRR za vračilo kupnine: **SI56** **ARTIKEL**

Naziv artikla	Količina	Lot koda (samo za kontaktne leče)	Razlog reklamacije
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IZ NASLOVA STVARNE NAPAKE ŽELIM: (Označi z x)

- Zamenjavo artikla
 Vračilo plačanega zneska
 Vračilo plačanega zneska v sorazmerju z napako
 Popravilo artikla

Artikle vrnite po pošti na naslov: **Vallis MG d.o.o., Pod kostanji 6 , 1218 Komenda**

Podrobnejša navodila iz uveljavljanja stvarnih napak so navedena v splošnih pogojih poslovanja.

Reklamacijo je potrebno prijaviti v roku dveh mesecev od dneva, ko je bila napaka odkrita. Blagu, ki ga reklamirate priložite ta obrazec in kopijo računa. V primeru reklamiranja kontaktnih leč ali korekcijskih očal priložite tudi kopijo najnovejšega izvida. Kontaktne leče, ki jih reklamirate, je potrebno poslati v škatlici za shranjevanje kontaktnih leč, ki mora biti napolnjena s svežo tekočino za leče.

Vallis Mg d.o.o. bo vaše osebne podatke obdeloval v skladu z Uredbo EU 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES ter v skladu s politiko zasebnosti izključno za namen, za katerega so bili posredovani.

Datum: _____

Podpis naročnika: _____