

OBRAZEC ZA REKLAMACIJO/UVELJAVLJANJE 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 60 dni od prejema izdelka. 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: _____