**FORMULÁŘ**

* **Odstoupení od smlouvy**
* **Reklamace**

(označte prosím vhodnou variantu)

**Kontaktní údaje:**

Jméno a příjmení:­­­­­­­­­­ …………………………………………………………………………………………………………………

Adresa: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefonický kontakt: ………………………………………………………………………………………………………………

Email: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Číslo faktury: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum obdržení zásilky: …………………………………………………………………………………………………………

Číslo bankovního účtu: ………………………………………………………………………………………………………….

**VRÁCENÉ ZBOŽÍ/ REKLAMACE:**

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Jednoduchý popis problému u vráceného/reklamovaného zboží:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zboží odešlete na adresu:**

*Santé – zdravotní obuv s.r.o.*

*Buštěhradská 1031*

*272 03 Kladno – Dubí*

**Dodatečné informace:**

Peníze na Váš účet budou vráceny v horizontu 14 dní ode dne doručení zásilky zpět na výše uvedenou adresu.

**Podmínky vrácení:**

Zboží musí být vráceno kompletní, v původním stavu, nesmí jevit známky opotřebení a používání. Se zbožím musí být zaslán formulář pro vrácení zboží.

Dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_