

Reklamačný formulár

Bayhill srol s.r.o

s miestom podnikania Metodova 6, OC CEntrál, IČO: 50307215, DiČ:
2120267644

Klient/pacient: dátum narodenia: ... trvale bytom: ...
(ďalej len „Klient“)

Predmet reklamácie:

Reklamácia Zdravotnej starostlivosti

špecifikácia:
.....
.....
.....

Doklady o úhrade Zdravotnej starostlivosti:

- Faktúra č.zo dňa
- Pokladničný doklad č.zo dňa
- Iné dokumenty:

Popis vád poskytnutej Zdravotnej starostlivosti:

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

Dátum zistenia vád poskytnutej Zdravotnej starostlivosti:

Požadovaný spôsob vybavenia reklamácie:

a. Oprava - odstránenie vád poskytnutej Zdravotnej starostlivosti b. Zľava z ceny

c. Odstúpenia od zmluvy – vrátenie ceny

Svojím vlastnoručným podpisom prehlasujem, že všetky údaje uvedené v Reklamačnom formulári sú pravdivé a úplne a bol som oboznámený s Reklamačným poriadkom DentalBrothers.

..... V Bratislave, dňa ... Klient / pacient
--