

Reklamačný formulár

Baycreek s.r.o.

s miestom podnikania Metodova 6, OC Central,

IČO: 52843211, DIČ: 2121187618

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:

- Oprava - odstránenie vád poskytnutej Zdravotnej starostlivosti
- Zľava z ceny
- Odstúpenia od zmluvy – vrátenie ceny

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

V Bratislave, dňa Klient / pacient