

# Reklamační list

**Reklamující:**

Jméno: .....  
Adresa: .....  
Telefon: .....  
E-mail: .....

**Dodavatel:** DIMAP Medical s.r.o. , Hut'ská 273, 272 01 Kladno .

**Číslo prodejního dokladu:** ..... **Datum prodeje:** .....  
**Číslo objednávky:** .....

**Označení reklamovaného zboží:** .....  
Výrobní číslo: .....

**Popis závady:**  
.....  
.....  
.....  
.....

**Obsah balení při předání:**  
.....  
.....  
.....

**Upozornění:** Zboží k reklamaci předávejte vždy kompletní včetně příslušenství, předejdete tak prodloužení doby reklamace.

Preferovaný způsob vyřízení reklamace:

oprava:       výměna:

.....  
**Datum a podpis reklamujícího**

\* na faktuře-daňovém dokladu se jedná o datum zdanitelného plnění  
**DIMAP Medical s.r.o. , Hut'ská 273, 272 01 Kladno** , e-mail: medical@dimap.cz  
IČO: 09811681, NEPLÁTCE DPH, Spisová značka: C 342901 vedená u Městského soudu v Praze