

# Reklamačný formulár

MUDr. Pavol Andel (mladší)

s miestom podnikania R. Dilonga 1, 920 01 Hlohovec, IČO: 37 845 624 podnikajúci na základe  
Rozhodnutia č. TA/05072/2014/OzaHF-003 vydaného VÚC-TRNAVA

**Klient/pacient:**

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

**Predmet reklamácie:**

Reklamácia Zdravotnej starostlivosti špecifikácia:

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

**Doklady o úhrade Zdravotnej starostlivosti:**

- a. Faktúra č. ....zo dňa .....
- b. Pokladničný doklad č. ....zo dňa .....
- c. Iné dokumenty:

**Popis vád poskytnutej Zdravotnej starostlivosti:**

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

**Dátum zistenia vád poskytnutej Zdravotnej starostlivosti:** .....

**Požadovaný spôsob vybavenia reklamácie:**

- a.
- b. Oprava - odstránenie vád poskytnutej Zdravotnej starostlivosti
- c. Zľava z ceny
- d. 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 Andel Elite Dental Center.

.....

**Klient / pacient**

**V Hlohovci, dňa ...**

za MUDr. Pavla Andela (mladšieho) potvrdzuje prevzatie Reklamačného formulára od Klienta /  
pacienta

**za MUDr. Pavla Andela (mladšieho)**  
....., **poverený pracovník**

**V Hlohovci, dňa ...**