

# Reklamačný formulár

Andel Dental s.r.o

s miestom podnikania R. Dilonga 1, 920 01 Hlohovec, IČO: 50659758, DiČ: 2120412954

**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. 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 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 ...**