

REKLAMACIONI LIST BROJ: _____

POPUNJAVA KUPAC	
Ime i prezime:	Broj porudžbine:
Adresa kupca:	Naziv artikla:
Kontakt telefon:	Veličina:
Datum prijema robe:	Boja artikla:
Datum kupovine:	Cena artikla (sa računa):
Opis reklamacije:	
Zahtev kupca (zaokružiti):	
1. Otklanjanje nedostataka na artiklu o trošku trgovca	
2. Zamena artikla sa nedostatkom za novi ispravan artikal	
3. Povrat sredstava uplatom na tekući račun broj: _____ kod banke: _____ broj lične karte: _____.	
Napomena za kupca:	
1. Molimo Vas da sačuvate potvrdu o slanju pošiljke do završetka reklamacionog postupka.	
2. Odluka o reklamaciji biće dostavljena kupcu najkasnije u roku od 8 dana od dana prijema reklamacije, putem e-mail adrese ili drugog kontakt podatka navedenog u ovom obrascu.	
3. Kupac svojim potpisom potvrđuje da je upoznat sa postupkom reklamacije i saglasan da MEDIGO-M d.o.o. obrađuje podatke navedene u ovom obrascu isključivo u svrhu vođenja reklamacionog postupka i evidencije reklamacija, u skladu sa Zakonom o zaštiti potrošača i propisima o zaštiti podataka o ličnosti.	
4. MEDIGO-M d.o.o. obavezuje se da prikupljene podatke neće učiniti dostupnim neovlašćenim licima, osim u slučajevima kada je to neophodno radi ispunjenja zakonskih obaveza ili na zahtev nadležnih državnih organa.	
5. U slučaju da reklamacija bude odbijena kao neosnovana, potrošač ima pravo na vansudsko rešavanje potrošačkog spora u skladu sa odredbama Zakona o zaštiti potrošača Republike Srbije.	
6. Potpisivanjem ovog obrasca kupac potvrđuje da su svi navedeni podaci tačni i dati dobrovoljno radi sprovođenja reklamacionog postupka.	

Potpis kupca	
POPUNJAVA OVLAŠĆENO LICE TRGOVCA	

Datum prijema reklamacije	Pečat i potpis ovlašćenog lica