



Fungo Medic doo

**FUNGO MEDIC**

Dukatska 18, Beograd

+381 64 6139344

info@fungomedic.rs

## OBRAZAC ZA REKLAMACIJU

PODACI O POTROŠAČU
Ime i prezime:
Adresa:
Mesto i poštanski broj:
Kontakt telefon:
E-mail adresa:

PODACI O PROIZVODU
Naziv proizvoda:
Broj fiskalnog računa:
Kupljen dana:
Prigovor se odnosi na sledeće:

**Fungo Medic** će na svaku primljenu reklamaciju, blagovremenu i urednu, odgovoriti u zakonom predviđenom roku, u pisanoj formi, u vidu obrazloženog odgovora na reklamaciju, a podnosiocu reklamacije će bez odlaganja izdati pisanu potvrdu ili elektronskim putem potvrditi prijem reklamacije, odnosno saopštiti broj pod kojim je zavedena njegova reklamacija u evidenciji primljenih reklamacija.

Datum popunjavanja obrasca:

\_\_\_\_\_

Potpis potrošača:

\_\_\_\_\_