

## FORMULÁŘ PRO VRÁCENÍ ZBOŽÍ

Tímto oznamuji, že odstupuji od smlouvy o koupi tohoto zboží:

Číslo faktury\*: ..... Datum objednání\*: .....

### Údaje o zákazníkovi (spotřebiteli):

Název firmy\*: ..... IČO\*: .....

Adresa\*: .....

E-mail\*: ..... Telefon\*: .....

### Důvod vrácení zboží:

Zjištěna závada

Neodpovídá velikost

Chybně zasláno

Jiný důvod: .....

Název produktu	Barva	Velikost	Počet kusů

### Zboží prosím pošlete na adresu:

Výměna a vrácení

**MAXIS a.s.**

Na Potůčkách 163

75701 Valašské Meziříčí

- nejpozději do 14 dnů od dodání

### Upozornění:

1. Zboží nesmí být poškozené a musí být kompletní, tedy ve stavu, v jakém jste jej převzali.
2. Zboží nelze odeslat na dobírku.
3. Pokud budou na zboží známky opotřebení nebo jiného užívání, můžeme ještě před navrácením peněz původní kupní částku ponížít o náhradu za snížení hodnoty zboží, které vzniklo v důsledku takového zacházení.

Datum: ..... Podpis: .....

Email: [obchodujtesnami@maxis-medica.com](mailto:obchodujtesnami@maxis-medica.com)

Telefon: +420 571 633 510

\*povinné údaje

**MAXIS a. s.**

Slezská 2127/13 • 120 00 Praha 2 • Česká republika

E-mail: [info@maxis-medica.com](mailto:info@maxis-medica.com) • [www.maxis-medica.com](http://www.maxis-medica.com)

IČ: 25675893 • DIČ: CZ 25675893

**MAXIS...we care about you**