



Číslo objednávky/rezervace:

Objednávku Vám expedoval sklad (zaškrtněte/zakřížkujte):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop
K Vypichu 497
252 16 Nučice
Adresa platí pro objednávky začínající:
56xxxxxxxx | <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop
Košuličova 632/10
619 00 Brno
Adresa platí pro objednávky začínající:
55xxxxxxxx | <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop
Krčská 1079
140 00 Praha 4
Adresa platí pro objednávky začínající:
53xxxxxxxx |
| <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop
Varenská 3309/50
702 00 Ostrava
Adresa platí pro objednávky začínající:
57xxxxxxxx | <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop
F.V. Veselého 2720/13
193 00 Praha 9
Adresa platí pro objednávky začínající:
54xxxxxxxx | |

Rezervaci jsem si vyzvedl v lékárně na adrese:

Kontaktní údaje prodávajícího: telefon 516 770 100, e-mail info@drmax.cz

Jméno zákazníka:

E-mail pro komunikaci ohledně stavu odstoupení:

Telefon:

Adresa:

Vrácené zboží:
.....
.....
.....

Způsob vrácení finančních prostředků (vznikne-li nárok na vrácení):

(Zakřížkujte)

- Poštovní poukázkou**
- Bankovní účet číslo:**

Finanční prostředky vracíme ze zákona stejným způsobem, jakým kupující zboží zaplatil. Na bankovní účet vracíme pouze tehdy, nelze-li finanční prostředky stejným způsobem vrátit.

Podpis zákazníka:
(pouze pokud je tento formulář v listinné podobě)

Datum podpisu:

Odstoupení přijal:

Razítko a podpis

Datum přijetí odstoupení: