

Reklamationsformular

Vor- Nachname des Kunden
Straße und Hausnummer
PLZ Ort
Telefonnummer:
Rechnungsnummer:

Online Apotheke CZ.de
Lékárna Petrovice s.r.o.
Petrovice 118
CZ 403 37 Petrovice
Tel.: +420 475 205 023 oder 0800 0000 5670 / kostenfrei aus Deutschland
Mail: shop@online-apotheke-cz.de oder info@tschechische-apotheke.de

Ort, Datum

Betreff: Reklamation von Bestellung/Rechnung Nr. _____ vom ____ . ____ . ____

Sehr geehrte Damen und Herren,

am ____ . ____ . ____ habe ich bei Ihnen die Bestellung Nr. _____ gemacht.

Hiermit reklamiere ich diese Ware: _____,

weil

[Reklamationsgrund beschreiben].

Bitte bestätigen Sie mir schriftlich den Eingang meiner Reklamation.
Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen,

_____ [handschriftliche Unterschrift]