**FORMULÁR NA VRÁTENIE LIEKU ALEBO ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY**

(vyplňte a zašlite tento formulár len v prípade, že si želáte vrátiť zakúpený liek, resp. zdravotnícku pomôcku za predpokladu, že sú splnené dôvody na vrátenie tohto tovaru uvedené vo vyhláške Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 21/2012 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o internetovom výdaji

liekov alebo zdravotníckych pomôcok)

**PREDÁVAJÚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| Obchodné meno: | ADONAI s.r.o.  |
| Sídlo: | Terchovská 4, 040 01 Košice |
| IČO: | 36660728 |
| E-mailová adresa: | eshop@lekarenadonai.sk |

Pri vybavovaní reklamácie bude dochádzať k spracovávaniu Vašich osobných údajov zo strany predávajúceho. Informáciu o podmienkach spracovávania nájdete v dokumente „Informácie o spracúvaní osobných údajov“, kto­rý je dostupný na internetovej stránke predávajúceho www.lekarenadonai.sk. Oboznámte sa s ním prosím pred vyplnením formulára.

**KUPUJÚCI (SPOTREBITEĽ)**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Bydlisko: |  |
| Telefonický kontakt: |  |
| E-mailová adresa: |  |

týmto oznamujem, že v súlade s ust. § 6 ods. 1 a 2 vyhlášky č. 21/2012 Z. z. v lehote 7 dní odo dňa prevzatia lieku, resp. zdravotníckej pomôcky tento, resp. túto vraciam predávajúcemu.

|  |  |
| --- | --- |
| Názov tovaru: |  |
| Veľkosť balenia: |  |
| Počet balení: |  |
| Číslo objednávky: |  |
| Dátum objednania: |  |
| Dátum prevzatia: |  |

Peniaze za vrátený tovar prosím zaslať na bankový účet číslo 1

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN: |  |

**DÔVODY VRÁTENIA LIEKU** 2

☐ liek v inej liekovej forme, v inom množstve liečiva v jednej dávke lieku alebo v inej veľkosti balenia, ako bol objednaný

☐ iný počet balení lieku, ako bol objednaný

☐ liek s dátumom exspirácie kratším, ako je čas liečby zaslaným liekom pri dodržaní dávkovania lieku v súlade s údajmi uvedenými v písomnej informácii pre používateľov lieku

☐ poškodený vnútorný obal lieku

☐ liek bez písomnej informácie pre používateľa lieku alebo balenie obsahuje písomnú informáciu pre používateľa lieku, ktorá nie je v štátnom jazyku alebo v inom jazyku ako v štátnom jazyku, ak ide o písomnú informáciu pre používateľa lieku podľa ust. § 22 ods. 6 písm. a) zákona o liekoch

☐ liek s inou šaržou, ako je šarža uvedená na dodacom liste

**DÔVODY VRÁTENIA ZDRAVOTNĆKEJ POMÔCKY** 2

☐ poškodená zdravotnícka pomôcka

☐ iný počet balení zdravotníckej pomôcky, ako bol objednaný

☐ zdravotnícka pomôcke po dátume exspirácie

☐ zdravotnícka pomôcka, ktorá nespĺňa technické požiadavky uvedené vo vyhlásení o zhode

☐ zdravotnícka pomôcka bez návodu na použitie, alebo ak návod na použitie nie je v štátnom jazyku

**POUČENIE KUPUJÚCEHO**

Liek, resp. zdravotnícku pomôcku možno vrátiť z dôvodov uvedených vyššie do siedmich (7) kalendárnych dní odo dňa prevzatia zásielky kupujúcim (spotrebiteľom). Vrátenie lieku, resp. zdravotníckej pomôcky, ak ide o liek, resp. zdravotnícku pomôcku vrátenú z dôvodov vyššie, vybaví predávajúci vrátením sumy, ktorú kupujúci (spotrebiteľ) za vrátený liek, resp. zdravotnícku pomôcku zaplatil vrátane nákladov na doručenie zásielky.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis kupujúceho (spotrebiteľa)

1 uveďte v prípade, že si želáte peniaze za vrátený tovar zaslať na účet (číslo účtu v tvare IBAN)

2 prosím zaškrtnite políčko vzťahujúce sa k dôvodu vrátenia lieku alebo zdravotníckej pomôcky (bez splnenia tejto podmienky nebude môcť byť vrátenie vášho tovaru zo strany predávajúceho akceptované)