

FORMULÁR NA VRÁTENIE LIEKU ALEBO ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY

(vyplňte a zašlite tento formulár len v prípade, že si želáte vrátiť zakúpený liek a zdravotnícku pomôcku za predpokladu, že **sú splnené dôvody na vrátenie tohto tovaru uvedené vo vyhláske Ministerstva zdravotníctva SR č. 21/2012 Z. z.**, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o internetovom výdaji liekov alebo zdravotníckych pomôcok)

Predávajúci

BENU SK 83, s. r. o.
Sídlo: Pribylinská 2/A, 831 04 Bratislava
IČO: 50 741 306
e-mail: edelia@benulekaren.sk

Pri vybavovaní tohto oznámenia bude dochádzať k spracúvaniu Vašich osobných údajov zo strany predávajúceho. Informáciu o podmienkach spracúvania osobných údajov nájdete v Poučení o spracúvaní osobných údajov v internetovej lekárni BENU, ktoré je dostupné na webovom sídle www.edelia.sk/lekaren/benu. 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 zakúpenia lieku resp. zdravotníckej pomôcky tento vraciam predávajúcemu.

Názov tovaru:

Veľkosť balenia:

Počet balení:

Číslo objednávky:

Dátum objednania:

Peniaze za vrátený tovar prosím zaslať na bankový účet číslo: ¹

¹ Uvedte v prípade, ak si želáte peniaze za vrátený tovar zaslať na bankový účet. Číslo bankového účtu uvedte v tvare IBAN.

Dôvody vrátenia lieku²:

- ☐ liek v inej liekovej forme, v inom množstve v jednej dávke lieku alebo inej veľkosti balenia, ako bol objednaný;
- ☐ iný počet balení lieku, ako bol objednaný;
- ☐ liek s dátumom expirácie 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 informáciu pre používateľa lieku, ktorá nie je v štátnom jazyku alebo v inom jazyku ako v štátnom jazyku;
- ☐ liek s inou šaržou.

Dôvody vrátenia zdravotníckej pomôcky:

- ☐ poškodená zdravotnícka pomôcka;
- ☐ iný počet balení zdravotníckej pomôcky, ako bol objednaný;
- ☐ zdravotnícka pomôcka po dátume expirácie;
- ☐ 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 / zdravotnícku pomôcku možno vrátiť z dôvodov uvedených vyššie do siedmich (7) dní odo dňa prevzatia zásielky kupujúcim. Vrátenie lieku alebo zdravotníckej pomôcky, ak ide o liek /zdravotnícku pomôcku vrátenú z dôvodov vyššie, vybaví predávajúci vrátením sumy, ktorú kupujúci za vrátený liek / zdravotnícku pomôcku zaplatil vrátane nákladov na doručenie zásielky.

V _____ dňa _____

podpis kupujúceho (spotrebiteľa)
(iba ak sa tento formulár podáva v listinnej podobe)

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.