**Reklamační formulář**

**Zerex**

**Adresát:**

**Active life Inv., s.r.o.**

**P.O.BOX č. 6**

**687 74 Starý Hrozenkov**

  **IČO: 51006766**

**Jméno a příjmení:**

**Adresa:**

**Datum objednání:**

**Číslo objednávky (VS):**

**Datum převzetí objednávky:**

**Formulář:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jaký produkt jste si objednali? |  |
| Kolik kapslí jste užívali? |  |
| Dodrželi jste doporučené dávkování? |  |
| Co jste očekávali od daného produktu? |  |
| Nekombinovali jste Zerex s alkoholem, případně s nějakými léky? |  |
| Co bylo oproti předešlému užívání jiné, když produkt fungoval jinak?  |  |
| Překonávali jste v období užívání nemoc?  |  |
| Užívali jste nějaké léky, které běžně neužíváte?  |  |
| Byly kapsle vizuálně stejné jako vždy předtím?  |  |
| Užívali jste ho stejně jako v minulosti (doporučené dávkování, hodinu před pohlavním stykem, ...) |  |
| Léčíte se u urologa nebo sexuologa s problémy související s erekcí, potencí, prostatou? |  |

Peněžní prostředky žádám vrátit na číslo účtu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elektronicky je možné zaslat formulář podepsaný a naskenovaný spolu s fakturou na e-mailovou adresu **info@zerex.cz**

 V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis spotřebitele