

# Reclamo prodotto | Product complaint

Molimo da popunjen i potpisan obrazac zajedno s reklamiranim proizvodom pošaljete na sljedeću adresu:  
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

**Mibe Pharmaceuticals d.o.o.**  
Zavrtnica 17  
10000 Zagreb  
Hrvatska

## Podaci za konatkt: | Contact details:

Vi ste | You are  Korisnik | User  Ljekarnik | Pharmacist  
 Liječnik ili član bolničkog osoblja | Physician or hospital staff  Veletrgovac | Wholesaler

Oslovljavanje | Salutation  G. | Mr.  Gđa. | Ms.  Dr. | Title

Prezime | Last name  Ime | First Name

Tvrtka | Company

Ulica | Street

Grad | City  Poštanski br. | ZIP

Telefon | Phone Poslovni | Office  Privatni | Home

E-Mail | E-Mail

Troškovi se nadoknađuju na temelju zakonskog jamstvenog razdoblja (najviše 2 godine od datuma kupnje).  
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

### Za ljekarne/veletrgovce | Applicable for pharmacies/wholesalers:

Molimo priložiti dostavnicu (kopiju). | Please attach the delivery note (copy).

### Za kupce | Applicable for customers:

Molimo priložiti račun (kopiju). | Please attach the bill (copy).

Naziv proizvoda | Product name

Broj serije\* | Lot no.\*

Na našim web-stranicama možete saznati kako pronaći broj serije. | Please check on our website how to find the lot number.

## Opis točnog razloga reklamacije | Please describe the problem exactly

Data | Date

Potpis | Signature