**Reklamationsformular**

**Viarax**

**Empfänger:**

**Active life Inv., s.r.o. (GmbH)**

**Vetschauer Str. 24**

**03048 Cottbus**

**Deutschland**

**Vor- und Nachname:**

**Adresse:**

**Bestellungsdatum:**

**Bestellnummer (Wandelbares Symbol):**

**Datum der Lieferung:**

**Formular:**

|  |  |
| --- | --- |
| Welches Produkt haben Sie bestellt? |  |
| Wieviele Kapseln haben Sie eingenommen? |  |
| Haben Sie die empfohlene Dosierung eingehalten? |  |
| Was haben Sie von dem bestimmten Produkt erwartet? |  |
| Haben Sie Viarax mit Alkohol oder mit Medikamenten kombiniert? |  |
| Sind Sie in ärtzlicher Behandlung beim Urologen oder Sexuologen aufgrund von Problemen mit Erektion, Potenz oder Prostata? |  |
| Was war bei der vorherigen Einnahme anders, wenn das Produkt anders gewirkt hat? |  |
| Hatten Sie bei der Einnahme eine Krankheit? |  |
| Haben Sie Medikamente, die Sie normalerweise nicht nehmen eingenommen? |  |
| Haben die Kapseln immer gleich ausgesehen? |  |
| Haben Sie es so wie früher eingenommen (empfohlene Dosierung, eine Stunde vor dem Geschlechtsverkehr,...) ? |  |

Die Rückzahlung möchte ich per Postzahlschein /auf die Kontonummer rückerstattet haben\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*nicht zutreffendes durchstreichen

Es ist möglich das Formular elektronisch mit der gescannten Rechnung an folgende Adresse zu schicken: **info@viarax.de**

 In\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Verbrauchers