

Reklamační protokol k platbě za parkovné

Reklamací podává:.....

Jméno, příjmení

.....

Trvalé bydliště / tel. kontakt / e-mail

K reklamované události došlo dne:.....v.....hod. SPZ vozidla.....

Parkovací lístek č. přiložen ANO / NE

Platba za parkovné byla uhrazena: V HOTOVOSTI / PLATEBNÍ KARTOU

Parkovací lístek nepřiložen z důvodu:.....

Stručný popis reklamace:.....

.....

.....

Doplňující informace

- Dílčí informace k reklamaci získáte v pracovní dny na tel. 354 225 204 v čase 9:00 – 14:00 hod
- Reklamující obdrží kopii tohoto protokolu a podpisem potvrzuje souhlas s jeho obsahem a převzetí
- Podepsaný protokol lze také zaslat elektronicky a to na:
 - nemocnice Karlovy Vary parkovani-kv@kkn.cz
 - nemocnice Cheb parkovani-ch@kkn.cz
- Reklamace může být podána nejpozději **do 2 kalendářních dnů** od opuštění parkoviště. Pozdější podané žádosti nebudou brány k reklamačnímu řízení

Sepsáno v dne

.....
Jméno a podpis pracovníka recepce
(v případě osobního předání na recepci)

.....
Podpis reklamujícího

Informace k výsledku reklamace: