



FORMULARZ REKLAMACYJNY

Imię i nazwisko / Sklep:

Pełny adres:

Adres e-mail: Telefon kontaktowy:

DANE REKLAMOWANEGO PRODUKTU

Nazwa reklamowanego produktu, kod, kolor, rozmiar:

.....

Numer serii* (*dotyczy tylko wyrobu medycznego)

Data zakupu towaru:

Przedłożony dowód zakupu (np. paragon / nr faktury VAT):

POWÓD REKLAMACJI

.....

DOKŁADNE WYMIENIENIE WAD PRODUKTU

.....

Kiedy i w jakich okolicznościach wady zostały stwierdzone:

.....

.....

ŻĄDANIE REKLAMUJĄCEGO

.....

Podpis klienta, data, miejsce / Podpis i pieczęć sklepu, data, miejsce

Prosimy o dołączenie do przesyłki dowodu zakupu (paragon lub faktura VAT). Sprzedawca ustosunkuje się do reklamacji w terminie 14 dni kalendarzowych licząc od daty otrzymania zgłoszenia reklamacyjnego. Informację na temat złożonej reklamacji można uzyskać pod numerem telefonu : **600 358 870 lub 76 878 37 75**

Informujemy, że ewentualne braki ilościowe są przyjmowane w terminie 14 dni od daty zakupu towaru.