

FORMULARZ REKLAMACJI TOWARU

1. Dane Sprzedawcy:

Anna Lis-Zaldivar prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Sklepy Medyczne „Zal-Med” ,
NIP 599-153-95-17, ul. Łokietka 11B/2, 66-400 Gorzów Wielkopolski

2. Dane do wysyłki reklamowanego towaru:

Sklepy Medyczne „Zal-Med”
ul. Warszawska 6/205
66-400 Gorzów Wlkp.

3. Dane Klienta:

Imię:

Nazwisko:

Adres:

Telefon:

e-mail:.....

4. Informacje o umowie:

Data zawarcia umowy (złożenie zamówienia):

Zamawiany towar:

Numer zamówienia:.....

Wartość zakupionego towaru:

Wybrany sposób płatności:

Wybrany sposób i koszt dostawy:

Data otrzymania przesyłki z zamówionym towarem:

5. Przyczyna reklamacji: *(Proszę wskazać, dlaczego zdaniem Klienta dostarczony towar jest niezgodny z umową, na czym polega wada, czy wada istniała od początku wydania rzeczy Klientowi, kiedy i w jakich okolicznościach towar zaczął wykazywać wadę, czy wada ma charakter stały czy okresowy (powracający), jakie działania podjął Klient w celu eliminacji wady.)*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Roszczenie Klienta:

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis)