

FORMULARZ REKLAMACJI

Zwrot paczki prosimy kierować na magazyn: **Czachorowo 46, 63-800 Gostyń**

1 DANE KLIENTA

Data:			
Imię i nazwisko:			
Adres:			
Telefon:		Adres e-mail:	
Nr zamówienia:		Data zamówienia:	

2 POWÓD REKLAMACJI

3 FORMA ROZPATRZENIA REKLAMACJI *

☐ Opcja A — Zwrot płatności

Imię i nazwisko:	
Adres:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Opcja B — Przesłanie pełnowartościowego produktu wolnego od wad

Imię i nazwisko:	
Adres:	
Telefon:	

Uwaga: W przypadku uszkodzenia przesyłki kurierskiej konieczne jest spisanie protokołu z kurierem i dostarczenie go wraz z reklamowanym towarem.

Data

Podpis Klienta
(w przypadku wersji papierowej)

* niepotrzebne skreślić