

rok zał. 1949



FORMULARZ REKLAMACJI

Data złożenia reklamacji: _____

TWOJE DANE:

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

DANE REKLAMOWANEGO PRODUKTU:

Nazwa produktu: _____

Nr zamówienia: _____

Cena: _____

Przedłożony dowód sprzedaży:

Paragon fiskalny Faktura VAT

Dokładny opis zastrzeżeń/Twoje oczekiwania co do sposobu dalszej realizacji reklamacji:

Kiedy i w jakich okolicznościach niezgodności zostały stwierdzone (data):

Towar wraz z wypełnionym Formularzem Reklamacji oraz z załączonym dowodem zakupu i kartą gwarancyjną prosimy wysłać na adres: TECH-MED TECHNIKA MEDYCZNA B.WÓJCIK Sp.j ul. Studencka 49, 02-735 Warszawa.

Zgłoszenie zostanie rozpatrzone w ciągu 14 dni od momentu otrzymania towaru przez firmę: TECH-MED.

O rozpatrzeniu reklamacji poinformujemy drogą mailową.

Data i podpis osoby składającej reklamacji

