

FORMULARZ REKLAMACYJNY



Numer zamówienia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data zamówienia:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Reklamacja towaru

Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie towar jest wadliwy.

Wada polega na:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wada została stwierdzona w dniu:



Prosimy o zaznaczenie tylko jednego z poniższych punktów.

W przypadku pierwszej reklamacji (jeżeli jest taka możliwość) towar jest naprawiany lub wymieniany na nowy.

Z uwagi na powyższe, na podstawie ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny żądam:

Wymiany towaru na nowy* (art. 561 § 1).

Nieodpłatną naprawę towaru* (art. 561 § 1).

Obniżenia ceny towaru o kwotę zł,
proszę o zwrot podanej kwoty (art. 560 § 1) na konto bankowe:

Nazwa banku:

Numer rachunku:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czy podany numer rachunku jest tym samym z którego została dokonana płatność za zamówienie?

Tak Nie

Właściciel rachunku bankowego:

*(wypełnij tylko, jeśli dane różnią się od danych osoby składającej zamówienie)

Imię i nazwisko:

Adres:

Oświadczam, że znane są mi warunki zwrotu w przypadku odstąpienia od umowy zawartej na odległość, zawarte na stronie www.odziezdlamedyka.pl

.....

Data

.....

Podpis zwracającego