

## ZGŁOSZENIE REKLAMACYJNE

UWAGI: PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL (POLA ŻÓŁTE)  
PROSIMY DOŁĄCZYĆ DOWÓD ZAKUPU (PARAGON lub FAKTURA)  
PROSIMY O PRZESYŁANIE CZYSTYCH PRODUKTÓW

## 1. DANE KLIENTA

IMIE I NAZWISKO

ULICA

KOD, MIASTO

TELEFON

E-MAIL

## 2. PRZEDMIOT REKLAMACJI

NAZWA

MODEL

CENA BRUTTO

NUMER DOWODU ZAKUPU

DATA ZAKUPU

DATA WYKRYCIA WADY

DATA ZGŁOSZENIA REKLAMACJI

## 3. OPIS WADY REKLAMOWANEGO PRODUKTU

## 4. PREFEROWANA FORMA ROZPATRZENIA REKLAMACJI (PROSIMY ZAZNACZYĆ 1 FORMĘ)

NAPRAWA

WYMIANA TOWARU NA NOWY

OBNIŻENIE CENY

ZWROT PIENIĘDZY

Produkt wraz z zgłoszeniem reklamacyjnym prosimy przesłać na adres:

Sklep Medyczny MED X, ul. Matejki 39, 60-768 Poznań

Zasady rozpatrzenia reklamacji regulują obowiązujące przepisy prawne.

## 5. PODPIS REKLAMUJĄCEGO

## ROZPATRZENIE REKLAMACJI (WYPEŁNIA MED X)

1. DATA WPŁYNIECIA REKLAMACJI

2. DATA I DECYZJA O SPOSOBIE ROZPATRZENIA REKLAMACJI

3. DATA ROZPATRZENIA REKLAMACJI

4. DATA WYSYŁKI/ODBIORU

5. PODPIS