

PROTOKÓŁ REKLAMACJI

Niniejszy formularz proszę wydrukować, podpisać i wysłać na adres:

ZAUFANE-APTEKI
APTEKA ISOFARM, ul. Ludowa 7, 41- 300 Dąbrowa Górnicza

(przesłanie paragonu/faktury usprawni procedurę reklamacji)

miejsowość i data:

imię i nazwisko nabywcy / nazwa firmy:

adres:

telefon: adres e-mail:

data nabycia towaru numer paragonu / faktury VAT:

data stwierdzenia wady/uszkodzenia towaru:

kurier sprzedawcy : telefon:

nazwa towaru, rodzaj, typ, nr fabryczny:

.....

ilość: cena zakupu:

powód reklamacji (szczegółowy opis wady, uszkodzenia towaru):

.....

.....

.....

żądanie reklamującego:

.....

nr konta bankowego zgłaszającego reklamację:

.....

Sprzedawca rozpatrzy zgłoszenie reklamacyjne w ciągu 14 dni od otrzymania niniejszego protokołu reklamacyjnego.

Decyzja sprzedawcy, co do sposobu załatwienia reklamacji:

.....

.....

..... (podpis reklamującego)