..................., dnia ............. 20.... r.

Adresat:

IGNIF Piotr Mielańczuk

ul. Fińska 74

75-430 Koszalin

FORMULARZ REKLAMACYJNY

**DANE KLIENTA:**

Imię i Nazwisko:

Adres:

E-mail:

Tel.:

Nr rachunku bankowego: ..........................................................................................................

**PRZEDMIOT REKLAMACJI:**

Data nabycia produktu:

Nazwa produktu:

Nr faktury:

Ogólna wartość produktu: .............................. zł

**ZGŁOSZENIE REKLAMACJI** (*opis wad i okoliczności ich powstania*):

Kiedy wady zostały stwierdzone

**DZIAŁANIA NAPRAWCZE/ŻĄDANIE REKLAMUJĄCEGO:**

(\_\_\_) wymiana rzeczy na wolną od wad,

(\_\_\_) usunięcie wady,

(\_\_\_) obniżenie ceny,

(\_\_\_) odstąpienie od umowy.

…………………………………………………..

Podpis

ADNOTACJE SPRZEDAWCY – DECYZJA DOTYCZĄCA REKLAMACJI

Reklamacja została uznana/nieuznana z następujących powodów:

Data otrzymania reklamacji .....................................

Osoba rozpatrująca reklamację .....................................

Data rozpatrzenia reklamacji .....................................

Dalsze postępowanie reklamacyjne – informacje dla Klienta

…………………………………………………..

Podpis osoby rozpatrującej reklamację