

ZGŁOSZENIE REKLAMACYJNE



Zaopatrzenie Medyczne

Kniewska 2k
PL 70-846 Szczecin
NIP: 955 215 01 79
tel. +48 91 46 66 066
fax. +48 91 46 66 055
e-mail: handel@lmline.pl

Wnioskujący:

.....
.....
.....

(Pełna nazwa i adres)

Data: _____

Towar:	Ilość:
..... <i>(nazwa i kod towaru)</i> <i>(data i numer dokumentu zakupu)</i>

Powód reklamacji:

.....
(tu proszę napisać na czym polega wadliwe działanie)
.....
.....
.....
.....
(jak doszło do uszkodzenia)
.....
.....

Podpis osoby wnioskującej

.....
.....
(czytelnie)

Dane osoby do kontaktu:

.....
(imię i nazwisko)
.....
(telefon)
.....
(e-mail)