

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól.
Prosimy załączyć dowód zakupu.
Reklamowany towar powinien być kompletny.

Data złożenia reklamacji: ____ / ____ / ____ r. Data wykrycia wady: ____ / ____ / ____ r.

1) Dane osoby składającej reklamację:

- imię i nazwisko:
- adres korespondencyjny:
- tel. kontaktowy:

2) Nazwa, nr serii reklamowanego produktu:

.....

3) Numer dowodu zakupu, data i miejsce zakupu:

.....

4) Data otwarcia produktu:

5) Data ważności produktu:

6) Sposób przechowywania produktu po otwarciu:

.....

7) Powód reklamacji produktu (opis wady):

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

8) Czy osoba wcześniej używała reklamowany preparat:

9) Miejsce złożenia reklamacji:

Zgodnie z ustawą z dnia 27.08.1997r. Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 923 ze zm., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu reklamacyjnym dla potrzeb przeprowadzania procesu reklamacji nabytego przeze mnie towaru.

data i podpis osoby przyjmującej reklamację

podpis osoby składającej reklamację

WYPEŁNIONY PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY WRAZ Z REKLAMOWANYM PRODUKTEM ORAZ DOWODEM ZAKUPU PROSIMY PRZESŁAĆ NA ADRES: MEDYCYNA MITOCHONDRIALNA Mitochondrialna SP. Z O.O. 80-557 GDAŃSK, UL. NARWICKA 11a z DOPISKIEM „REKLAMACJA”.