



CENTRUM  
ORTOPEDYCZNO  
PROTETYCZNE

tworzymy  
lepsze życie

## FORMULARZ REKLAMACJI

### INFORMACJE O KLIENCIE

Imię i nazwisko nabywcy/nazwa firmy

Adres nabywcy

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

### INFORMACJE O PRODUKCIE

Data nabycia towaru

Numer paragonu/faktury VAT zakupu

Nazwa towaru

Ilość

Dokładny opis towaru/rodzaj, typ, nr fabryczny

Powód reklamacji/szczegółowy opis wady/  
uszkodzenia towaru/

Data stwierdzenia wady/  
uszkodzenia towaru

Data przyjęcia do reklamacji

*Data i czytelny podpis klienta*

Zgadzam się z treścią tego formularza

SPRZEDAWCA ROZPATRZY ZGŁOSZENIE REKLAMACYJNE W CIĄGU 21 DNI OD OTRZYMANIA NINIEJSZEGO PROTOKOŁU  
REKLAMACYJNEGO

Uwagi i inne postanowienia szczegółowe

Decyzja sprzedawcy, co do sposobu  
załatwienia reklamacji

*Miejscowość i data*

*/podpis reklamującego/*