



FORMULARZ REKLAMACYJNY

REKLAMACJA NA PODSTAWIE RĘKOJMI

Wypełnia Klient	DANE SPRZEDAWCY		MEDICO HEMP DANIEL DEJ ul. Abrahama 6, 03-982 Warszawa, POLSKA sklep@medicohemp.pl	
	DANE KLIENTA			
	Imię i nazwisko:			
	Adres do korespondencji:			
	Adres e-mail:			
	DANE DOTYCZĄCE UMOWY SPRZEDAŻY			
	Numer zamówienia:			
	Data zawarcia umowy sprzedaży:			
	Nr faktury VAT/paragonu i data wystawienia (<i>fakultatywnie</i>) lub informacja o innym dowodzie zakupu:			
	OZNACZENIE REKLAMOWANEGO TOWARU			
	Opis towaru (np. rodzaj, model – symbol):			
	Cena towaru:			
	OKREŚLENIE WADY			
	Opis wady			
	Data stwierdzenia wady:			
ŻĄDANIE KLIENTA (proszę wskazać właściwe)				
A	Nieodpłatna naprawa towaru (usunięcie wady)			
B	Nieodpłatna wymiana towaru na nowy			
C	Obniżenie ceny towaru	Kwota obniżenia ceny:		
D	Odstąpienie od umowy i żądanie zwrotu pieniędzy (Klient nie może odstąpić od umowy, jeżeli wada jest nieistotna)			
ZWROT PIENIĘDZY (dotyczy jedynie żądania obniżenia ceny towaru albo odstąpienia od umowy i żądania zwrotu pieniędzy)				
Nazwa banku i numer rachunku bankowego Klienta (ewentualnie inny sposób zwrotu pieniędzy)				
INNE UWAGI KLIENTA				
DATA, MIEJSCOWOŚĆ I PODPIS KLIENTA				
Miejscowość, data:				
Podpis Klienta(-ów) (<i>tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej</i>)				

Niniejszy formularz ma charakter jedynie przykładowy i nie wpływa na skuteczność reklamacji złożonych w inny sposób.



Nasz sklep otrzymał certyfikat dbałości o prawa konsumentów

PROKONSUMENCKI.PL