

FORMULARZ REKLAMACJI

DANE ADRESOWE KLIENTA

Data wypełnienia wniosku	<input type="text"/>
Imię i nazwisko	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>
Nr zamówienia / paragonu	<input type="text"/>
Data wykrycia wady	<input type="text"/>
Nr rachunku bankowego	<input type="text"/>
Powód reklamacji (opis)	<div style="border: 1px solid black; height: 250px; width: 100%;"></div>

INFORMACJA

Wypełniony formularz prosimy odesłać wraz z reklamowanym produktem przesyłką pocztową zwykłą. W terminie 14 dni od otrzymania reklamacji ustosunkujemy się do niej i powiadomimy Cię o sposobie dalszego postępowania.

*F.D.H KOLIMPEX s.c.
Pola Karolińskie 4
02-401 Warszawa*

.....
czytelny podpis