DATA

DROGERIA ISOFARM

DROGERIA ISOFARM
Isofarm Sp. z o.o.
ul. Ludowa 7/9
41-300 Dąbrowa Górnicza

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Zgłaszam reklamację następujących rzeczy zakupionych w Drogerii Isofarm

Lp.	NAZWA PRODUKTU	ILOŚĆ SZTUK	WARTOŚĆ BRUTTO (PLN)
1			
2			
3			
4			
5			

NUMER ZAMÓWIENIA	
DATA ODBIORU	
IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES	
KOD POCZTOWY	
NR TELEFONU	

NR KONTA																									

Zastrzeżenie reklamacyjne: (zaznaczyć właściwe)

- naprawa towaru
- wymiana towaru na nowy
- obniżenie ceny towaru o (.....)
- odstąpienie od umowy i zwrot ceny towaru

Oświadczam że zapoznałem/łam się z warunkami reklamacji towarów zawartych w regulaminie drogerii isofarm.

PODPIS NABYWCY **PODPIS PRACOWNIKA DROGERII ISOFARM**

…..... ….....