

FORMULARZ ZWROTU LUB REKLAMACJI

INDUAL SP. Z O.O.
UL. STASZICA 5
26-220 STĄPORKÓW

TEL.: 41 372-94-55
MOB.: 570 502 501
EMAIL : aneta@indual.pl

1. Dane klienta

* Imię i nazwisko: _____ Data wypełnienia dokumentu: _____
* Ulica: _____ * Telefon kontaktowy: _____
* Kod pocztowy i miasto: _____ * Adres email: _____

2. Informacje o przedmiocie

* Produkt: _____ * Numer dok. zakupu lub nick allegro / numer zamówienia: _____

3. Przyczyna zwrotu lub reklamacji

Z uwagi na powyższe, na podstawie ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny żądam (**właściwie zakreślić**):

Wymiana lub naprawa towaru w ramach reklamacji (art. 561 § 1)

Zwrot kwoty zakupu na podany poniżej numer konta (art. 560 § 1)

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

ZGODNIE Z ART., 8 UST. 1 USTAWY Z DNIA 27 LIPCA 2002R. O SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH SPRZEDAŻY KONSUMENCKIEJ ORAZ O ZMIANIE KODEKSU CYWILNEGO (Dz. U. Nr 141, poz. 1176) WYBÓR ŻĄDANIA NALEŻY DO REKLAMUJĄCEGO.

* pole wymagane



CZYTELNY PODPIS KLIENTA
