FORMULARZ ZWROTU LUB REKLAMACJI

INDUAL SP. Z O.O.
UL. PRZEMYSŁOWA 6
26-200 KORNICA

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

1. Dane klienta

* Imię i nazwisko: _____
* Ulica: _____
* Kod pocztowy i miasto: _____

Data wypełnienia dokumentu: _____
* Telefon kontaktowy: _____
* 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 **(właściwe 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