FORMULARZ REKLAMACYJNY

Miejscowość: .............................. Data: ..............................

ADRESAT

HEALTH BRANDS s.r.o.

Dlouhá 132/1

251 01, Říčany – Strašín

Republika Czeska

Model lub opis reklamowanego towaru:

Data zakupu:

Numer paragonu lub faktury:

DANE REKLAMUJĄCEGO

Imię i Nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres do odesłania towaru po uznanej reklamacji:

ZGŁOSZENIE REKLAMACYJNE (opis usterki)

Preferowana forma uznania reklamacji – proszę zaznaczyć odpowiedni punkt:

1. naprawa uszkodzenia □

2. nowy taki sam model □

3. zwrot kosztów zakupu **\*** □

 ..............................

podpis konsumenta

WAŻNE!

* Reklamowany towar należy przesłać na dane Sprzedającego.
* Do reklamowanego towaru należy dołączyć paragon / kserokopię faktury oraz formularz reklamacyjny.
* Na opakowaniu przesyłki należy umieścić napis REKLAMACJA

ROZPATRZENIE REKLAMACJI

Data wpływu reklamacji (wypełnia Sprzedający):

Reklamacja zostaje rozpatrzona: pozytywnie / negatywnie

Oświadczenie Sprzedającego: