

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Adresat:

ActiveOrto
Rafał Zieliński
ul. Grochowska 333
03-822 Warszawa

Dane Klienta/osoby reklamującej towar: *(imię i nazwisko, adres, adres e-mail, nr telefonu):*

.....
.....

Przedmiot reklamacji *(m.in. nazwa towaru, cena brutto, ilość, opis):*

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

Numer faktury/paragonu *(jeżeli dotyczy):*

Adres dostawy:

Zgłoszenie reklamacji *(m.in: opis wad, okoliczności ich powstania):*

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

Data zauważenia wady:

Określenie żądania

- wymiana rzeczy na wolną od wad,
- usunięcie wady (naprawa),
- obniżenie ceny,
- odstąpienie od umowy.¹

.....

Data i podpis

(jeżeli oświadczenie jest składane w formie pisemnej)

¹*zaznaczyć właściwe*