

FORMULARZ REKLAMACYJNY

4AESTHETICS.EU
MEDIF sp. z o.o. sp.k.
ul. Piaskowa 4 lok. U3
01-067 Warszawa
NIP: 956-20-86-916

DANE KLIENTA

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

.....

NIP:

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:

DANE DOTYCZĄCE UMOWY SPRZEDAŻY

Numer zamówienia

Data zakupu i nr faktury

OZNACZENIE REKLAMOWANEGO TOWARU

Nazwa towaru

Numer katalogowy oraz numer serii

OKREŚLENIE WADY

Data otrzymania..... Data stwierdzenia wady

Szczegółowy opis wady (z uwzględnieniem komponentu, którego dotyczy wada)

.....

.....

Warunki przechowywania towaru (temperatura, oświetlenie, wilgotność)

.....

Dokumentacja dodatkowa

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis klienta

.....