

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Imię i nazwisko:

Data:

Adres:

Numer telefonu:

E-mail kontaktowy:

Lek24.pl

ul. Chwaszczyńska 151E

81-571 Gdynia

Zgłaszam reklamację dotyczącą zamówienia numer:....., z dnia:..... następujących produktów:

L.p.	Nazwa produktu	Ilość sztuk	Wartość (brutto)

Przyczyna reklamacji:

Forma rozpatrzenia reklamacji:

☐ Naprawa ☐ Wymiana ☐ Obniżka ceny ☐ Zwrot pieniędzy

Nazwa banku i numer konta do zwrotu należności:

--

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z warunkami reklamacji zawartymi w regulaminie apteki.



Podpis