

**FORMULARZ REKLAMACYJNY
SKLEPU INTERNETOWEGO**

www.integrismedical.pl

Adresat:

Integris Medical Polska Sp. z o.o.,
ul. Główna 6, 61-005 Poznań,
adres poczty elektronicznej: info@integrismedical.pl

Dane Klienta/osoby reklamującej Towar (imię i nazwisko, adres, adres e-mail, nr telefonu):	
Przedmiot reklamacji (nazwa Towaru, cena brutto, ewentualnie opis)	
Numer zamówienia	
Numer faktury	
Adres dostawy	
Data odbioru Towaru przez Klienta/osobę reklamującą Towar	
Przyczyna zgłoszenia reklamacji (np. opis wady, okoliczności powstania/zauważenia wady)	
Data zauważenia wady	
Żądanie Klienta/osoby reklamującej Towar:	(<input type="checkbox"/>) wymiana rzeczy na wolną od wad, (<input type="checkbox"/>) usunięcie wady (naprawa), (<input type="checkbox"/>) obniżenie ceny, (<input type="checkbox"/>) odstąpienie od umowy.

.....

Data i podpis (jeżeli oświadczenie jest składane w formie pisemnej)