

## FORMULARZ REKLAMACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO.....

NUMER ZAMÓWIENIA.....

TELEFON /MAIL.....

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:

\_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

ADRES ZAMIESZKANIA.....

DATA ZAKUPU.....

DATA ZGŁOSZENIA REKLAMACJI.....

### REKLAMUJE:

NAZWA PRODUKTU.....

POWÓD REKLAMACJI (DOKŁADNY OPIS WADY)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wysyłka produktów wraz z formularzem na adres:

Osmoteq sp. z o.o.  
Toruńska 148, 87-800 Włocławek  
+48 512 942 282 , info@hid-ration.com

lub

Paczkomat: WLO14N

Reklamacja zostanie rozpatrzona w ciągu 14 dni od daty otrzymania produktu. Decyzja będzie przekazana telefonicznie bądź mailowo.

.....  
Data i podpis klienta