

FORMULARZ REKLAMACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO:.....

ADRES:.....

NUMER TEL.:.....

E-MAIL:.....

data:.....

FAMILYPHARM SP. Z O.O

95-040 KOLUSZKI

UL. WARSZAWSKA 117

NIP 7282811812

REGON 365764281

Zgłaszam reklamację dotyczącą zamówienia nr:.....

z dnia:

dotyczącą następujących produktów:

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

Przyczyna reklamacji:

.....

.....

.....

Forma rozpatrzenia reklamacji: (podkreśl właściwe)

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:.....