



FORMULARZ REKLAMACYJNY

DANE SPRZEDAWCY	NAMEDYCYNE Sp. Z O.O. Aleksego Bienia 4 41-200 Sosnowiec NIP: 6443552948
DANE KLIENTA	
Imię i nazwisko:	
Adres do korespondencji:	
Adres e-mail:	
DANE DOTYCZĄCE UMOWY SPRZEDAŻY	
Numer zamówienia:	
Nr faktury VAT/paragonu(z datą wystawienia):	
OZNACZENIE REKLAMOWANEGO TOWARU	
Opis wady:	
ŻĄDANIE KLIENTA (proszę wskazać właściwe)	
A	Nieodpłatna wymiana towaru na nowy
B	Odstąpienie od umowy i żądanie zwrotu pieniędzy (Klient nie może odstąpić od umowy, jeżeli wada jest nieistotna)
*Zapoznałem/am się z zasadami dokonywania zwrotu. Jednocześnie poświadczam przyjęcie dokumentu korygującego sprzedaż z dniem wystawienia ww. dokumentu. Data i Podpis	
ZWROT PIENIĘDZY (dotyczy jedynie odstąpienia od umowy i żądania zwrotu pieniędzy)	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego Klienta (ewentualnie inny sposób zwrotu pieniędzy)	
Podpis Klienta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)	