4DENT
medical equipment

....., dn..... 20....

FORMULARZ REKLAMACYJNY

DANE KLIENTA:

Imię i Nazwisko: .....

Adres: .....

e-mail:.....

tel. .....

nazwa Banku: .....

Nr konta																								

PRZEDMIOT REKLAMACJI:

Data nabycia towaru .....

Nazwa towaru .....

Nr paragonu/faktury .....

Nr kat.towaru.....

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI (*opis wad i okoliczności ich powstania*):

.....

.....

.....

DZIAŁANIA NAPRAWCZE/ŻĄDANIE REKLAMUJĄCEGO:

(___) wymiana rzeczy na wolną od wad,

(___) usunięcie wady,

(___) obniżenie ceny,

(___) odstąpienie od umowy.

Odsyłany produkt musi być kompletny, odpowiednio zabezpieczony do wysyłki. W przypadku narzędzi stosowanych podczas zabiegu, narzędzie musi być wysterylizowane i zapakowane w rękaw do sterylizacji.
Zwroty prosimy przesłać na adres:

4Dent Damian Wójcik
ul. Startowa 5 lok. 1
02-248 Warszawa
tel. 572 233 980
biuro@4dent.com.pl

(czytelny podpis reklamującego)