

# FORMULARZ ZWROTU / REKLAMACJI



Data , Miejscowość .....

## INFORMACJE O KLIENCIE:

Nazwa użytkownika (Nick) .....

Imię i nazwisko .....

Adres: .....

Telefon e-mail: .....

Numer faktury / paragonu .....

## INFORMACJE O PRODUKCIE:

Nazwa (symbol/kod towaru): .....

Przyczyna zwrotu lub reklamacji, dokładny opis: .....

.....

.....

.....

Reklamowany towar Klient wysyła na własny koszt. Do odsyłanego towaru należy dołączyć dowodu zakupu (paragon fiskalny lub fakturą), oraz niniejszy formularz reklamacyjny. Paczki wysłane za pobraniem nie będą przyjmowane!

**Towar należy odesłać na adres: GOLIAT Grzegorz Bylica, ul. Krakowska 117a, 34-120 Andrychów**

## ŻĄDANIE KLIENTA\*:

1. Wymiana na pełnowartościowy towar
2. Zwrot pieniędzy
3. Naprawa
4. Inne .....

Zgadzam się z treścią tego formularza.

Data i czytelny podpis klienta: .....

## PRZYJĘCIE REKLAMACJI/ZWROTU:

Imię i nazwisko osoby przyjmującej .....

Data: .....

Uwagi: .....

\*zaznaczyć jedno

**Osoba kontaktowa w sprawie reklamacji: Magdalena Bylica tel. 33 870 55 10**