

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Dane Sprzedającego:

MD Group

ul. Role 1 ,34-200 Sucha Beskidzka

NIP: 5521542290

Tel. 539 683 035

I **Ja/My**

..... nr Tel

(imię i nazwisko , adres i nr telefonu Reklamującego)

II.OZNACZENIE REKLAMOWANEGO TOWARU I UMOWY SPRZEDAŻY:

Umowa została zawarta:

(data i numer zamówienia, numer paragonu/faktury)

Cena towaru:

Towar reklamowany:

Data stwierdzenia niezgodności towaru z umową:

III. OKREŚLENIE WAD/NIEZGODNOŚCI TOWARU Z UMOWĄ

.....

.....

IV. **Żądania reklamującego:**

V. **Dane o rachunku bankowym reklamacyjnego dla ewentualnych wpłat**

VI. Inne oświadczenia reklamującego:

1. Reklamujący oświadcza, że akceptuje sposób powiadomienia go o rozpatrzeniu reklamacji, opisany poniżej;

2. W przypadku nieuznania reklamacji za uzasadnioną Reklamujący zobowiązuje się do:

- odbioru reklamowanego towaru z magazynu Sprzedawcy*

- pokrycia kosztów odesłania reklamowanego towaru Reklamującemu*

*zaznaczyć wybraną opcję.

Po wypełnieniu formularza prosimy o jego odesłanie wraz z towarem i dowodem zakupu na adres:

MD Group , ul. Role 1 ,34-200 Sucha Beskidzka