

FORMULARZ ZWROTU LUB REKLAMACJI

INDUAL SP. Z O.O.
SKLEP.INDUAL.PL
UL. PRZEMYSŁOWA 6
26-200 KORNICA

TEL.: 41 374 02 65

1. Dane klienta

* Imię i nazwisko: _____ Data wypełnienia dokumentu: _____
* Ulica: _____ * Telefon kontaktowy: _____
* Kod pocztowy i miasto: _____ * Adres email: _____

2. Informacje o przedmiocie

* Produkt: _____ * Numer dok. zakupu lub nick allegro / numer zamówienia: _____

3. Przyczyna zwrotu lub reklamacji

Z uwagi na powyższe, na podstawie ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny żądam (**właściwie zakreślić**):

- ☐ Wymiana lub naprawa towaru w ramach reklamacji (art. 561 § 1)
☐ Zwrot kwoty zakupu na podany poniżej numer konta (art. 560 § 1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZGODNIE Z ART., 8 UST. 1 USTAWY Z DNIA 27 LIPCA 2002R. O SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH SPRZEDAŻY KONSUMENCKIEJ ORAZ O ZMIANIE KODEKSU CYWILNEGO (Dz. U. Nr 141, poz. 1176) WYBÓR ŻĄDANIA NALEŻY DO REKLAMUJĄCEGO.

* pole wymagane



CZYTELNY PODPIS KLIENTA

--