

Załącznik nr 2

ACR AUTO CZĘŚCI RUDKA

MICHAŁ ŚWIĄTEK

ul. Podleśna 9,

22-100 Rudka,

NIP: 5632200380

Imię i nazwisko (nazwa firmy):

Adres:

Numer NIP:

e-mail:

FORMULARZ REKLAMACJI TOWARU

Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie w dniu _____ produkt/produkty:

jest/są wadliwy/e.

Zamówienie nr _____

Nr paragonu/faktury _____

Wada polega na (opis):

--

Wada została stwierdzona w dniu _____.

Z uwagi na powyższe, na podstawie §6 Regulaminu żądam (**właściwe podkreślić***):

- ❖ wymiany produktu na nowy,
- ❖ obniżenia ceny produktu o kwotę _____ (słownie: _____) zł. Proszę o zwrot podanej kwoty na konto _____
- ❖ odstępuję od umowy i proszę o zwrot ceny produktu na konto _____

Niniejszym załączam fotografie ukazujące ww. wadę produktu.

Zobowiązuję się do odesłania produktu do na adres sprzedawcy na jego żądanie, jeżeli będzie to konieczne dla rozpatrzenia reklamacji.*

lub

Przekazuję produkt wraz ze zgłoszeniem reklamacyjnym.*

.....
(Data, pieczęć i podpis Klienta)