

FORMULARZ REKLAMACYJNY

DANE SPRZEDAWCY

MEDIF sp. z o.o. sp.k.
ul. Piaskowa 4/U3
01-067 Warszawa
NIP: 9562086916
REGON: 871639101

DANE KLIENTA

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

NIP:

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:

DANE DOTYCZĄCE UMOWY SPRZEDAŻY

Numer zamówienia

Data zakupu i nr faktury

OZNACZENIE REKLAMOWANEGO TOWARU

Nazwa towaru

Numer katalogowy oraz numer serii

OKREŚLENIE WADY

Data zabiegu Data stwierdzenia wady

Szczegółowy opis wady (z uwzględnieniem komponentu, którego dotyczy wada)

Warunki przechowywania towaru (temperatura, oświetlenie, wilgotność)

Czy przy stosowaniu towaru używano innych niż dołączone igieł lub strzykawkę? Jakich? Z jakiego powodu?

Dokumentacja dodatkowa (liczba fotografii, krótki film w przypadku zestawu Micro&Nano FAT)

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć klienta

.....

.....

FORMULARZ REKLAMACYJNY

POZYTYWNE ROZPATRZENIE REKLAMACJI PRZEZ MEDIF SP. Z O.O. SP.K.

Rekompensata

.....

NEGATYWNE ROZPATRZENIE REKLAMACJI PRZEZ MEDIF SP. Z O.O. SP.K.

Uzasadnienie

.....

.....

POZYTYWNE ROZPATRZENIE REKLAMACJI PRZEZ PRODUCENTA WYROBU

Rekompensata

.....

.....

NEGATYWNE ROZPATRZENIE REKLAMACJI PRZEZ PRODUCENTA WYROBU

Uzasadnienie

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis i pieczęćka MEDIF sp. z o.o. sp.k.

.....