FORMULARZ REKLAMCYJNY

Data, …….…….

Numer zamówienia …… ….....

Imię i nazwisko ……

Nazwa reklamowanego towaru:.....

Zgłoszenie reklamacyjne (opis wady).....

….....

.....

.....

.....

Preferowana forma uznania reklamacji: wymiana towaru / zwrot *

* niepotrzebne skreślić

W przypadku wyboru zwrotu pieniędzy proszę wypełnić poniżej numer konta bankowego:

Adres do zwrotu towaru:
AKCILA Sp.K.
Łuszczów Pierwszy 38
20-258 Łuszczów Pierwszy
tel. 665-55-10-25

……
podpis reklamującego

ROZPATRZENIE REKLAMACJI

Reklamacja zostaje rozpatrzona: pozytywnie* / negatywnie *
*) niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis

W razie jakiś pytań prosimy o kontakt e-mail reklamacje@akcila.pl lub telefonicznie pod nr tel. 661-88-17-74