

 <p>MDH Sprzęt Medyczny</p>	ZGŁOSZENIE REKLAMACYJNE / USŁUGI ODPLATNEJ*	Pieczęć zgłaszającego
---	--	-----------------------

Zgłoszenie sporządzono w dniu w punkcie sprzedaży nr
z siedzibą w przy ul.

Dane klienta :

Imię i nazwisko Adres zamieszkania

Data nabycia towaru Charakterystyka towaru.....

wyrób model cena ilość towaru szt./ par¹

Przedłożony dowód sprzedaży rodzaj numer

Dokładny opis wad wyrobu

Kiedy i w jakich okolicznościach wady zostały ujawnione

Żądanie reklamującego

Zgłoszenie przyjęto i poinformowana klienta, że reklamacja zostanie załatwiona po dokonaniu oględzin

towaru przez rzeczoznawcę w terminie do dnia

Adres do odesłania reklamacji :

Towar przyjęto do depozytu dnia
(podpis pracownika przyjmującego reklamację)
(podpis reklamującego - klienta)

Opinia rzeczoznawcy

Sposób załatwienia reklamacji

Powód odrzucenia reklamacji

POKWITOWANIE REKLAMUJĄCEGO Z ODBIORU

Otrzymałem :

a.) należność za zwrócony towar w kwocie zł

słownie

b.) towar z depozytu c.) towar naprawiony d.) towar wymieniony