



.....,dn.....20.....

MEDAK Magdalena Musiał
Ul. Piotrkowska 102/20U
90-004 Łódź
Tel: 513-456-586
Email: medaksklep@gmail.com

FORMULARZ REKLAMACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO
ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER ZAMÓWIENIA DATA ZAMÓWIENIA.....
DATA STWIERDZENIA NIEZGODNOŚCI
TELEFON KONTAKTOWY
E-MAIL

ZGŁOSZENIE REKLAMACYJNE (OPIS WAD)

.....
.....
.....
.....

W przypadku braku możliwości dokonania naprawy lub wymiany towaru na inny proszę o zwrot wartości nie wymienionych przedmiotów przelewem na mój rachunek bankowy. (zwrot jest możliwy jedynie na rachunek bankowy Klienta)

NUMER KONTA BANKOWEGO

Oświadczam, że znane mi są warunki reklamacji towaru określone w Regulaminie sklepu medaksklep.pl

Przesyłkę reklamacyjną klient wysyła na własny koszt (w przypadku rozpatrzenia reklamacji pozytywnie, koszt zostanie Klientowi zwrócony). Przesyłki wysyłane za pobraniem nie zostaną odebrane. Warunkiem przyjęcia przedmiotu w ramach reklamacji jest przesłanie go z poprawnie wypełnionym i podpisanym formularzem reklamacyjnym.

W przypadku rozpatrzenia reklamacji pozytywnie, naprawiony lub wymieniony towar zostanie wysłany na koszt firmy MEDAK Magdalena Musiał. Towar, którego reklamacja nie zostanie uznana będzie odesłany na koszt Klienta.

.....
(Data i czytelny podpis Klienta)



.....,dn.....20.....

MEDAK Magdalena Musiał
Ul. Piotrkowska 102/20U
90-004 Łódź
Tel: 513-456-586
Email: medaksklep@gmail.com

Dane Konsumenta

IMIĘ.....
NAZWISKO.....
ADRES.....
.....

FORMULARZ Odstąpienia od umowy zawartej na odległość

DATA ZAMÓWIENIADATA ODBIORU TOWARU.....

NINIEJSZYM Odstępuję od umowy sprzedaży następującego produktu

.....

ILOŚĆ..... CENA.....

PRZYCZYNA ZWROTU TOWARU.....

Proszę o zwrot wartości zapłaconej ceny wraz z poniesionymi przeze mnie kosztami dostawy na rachunek bankowy.

(zwrot jest możliwy jedynie na rachunek bankowy Klienta)

NUMER KONTA BANKOWEGO

Oświadczam, że znane mi są warunkami zwrotu towaru określonymi w Regulaminie medaksklep.pl

.....
(Czytelny podpis klienta)