

FORMULARZ REKLAMACJI

Sporządzony w dniu

1. Osoba dokonująca zwrotu

Imię i nazwisko	
Email	
Adres	
Numer telefonu	

2. Określenie towaru

Data zamówienia				
Nr zamówienia				
Zwracane/ reklamowane produkty	Nazwa	Ilość	Cena jednostkowa	Wartość
Numer paragonu (faktury)				

3. Przyczyna zwrotu (prosimy zaznaczyć odpowiednio „X”)

Towar uszkodzony/niepełnowartościowy	<input type="checkbox"/>
Towar nie spełnia oczekiwań	<input type="checkbox"/>
Towar niezamówiony	<input type="checkbox"/>
Inne	

4. Żądanie reklamującego

Zwrot pieniędzy	<input type="checkbox"/>
Wymiana produktu	<input type="checkbox"/>
Inne	

Upoważniam RXONE do wystawienia korekty paragonu bez własnego podpisu.

W załączeniu przesyłam: - zwrócony towar - ORYGINAŁ PARAGONU który jest podstawą do ewentualnego zwrotu pieniędzy

Podpis