



KNECHTEL

Stara Apteka Sp. Jawna

41-600 Świętochłowice, ul. Katowicka 11
tel. 32 2 452 456, e-mail: sklep@stara-apteka.pl
www.stara-apteka.pl

NIP 6270014015 , Regon 271244195

Formularz reklamacji/zwrotu*

Informacje o kliencie

1. Imię i nazwisko klienta
2. Telefon i e-mail
3. Data reklamacji/zwrotu*
4. Numer faktury/paragonu*

Informacje o zwracanym artykule

1. Nazwa
 2. Ilość egzemplarzy do zwrotu
 3. Cena jednostkowa
 4. Powód reklamacji/zwrotu*
-

Żądanie klienta **

1. Wymiana na pełnowartościowy egzemplarz
2. Zwrot pieniędzy
3. Inne

Data i podpis klienta:

Uwaga: Formularz należy wypełnić czytelnie i kompletnie.

Do formularza należy dołączyć kopię faktury VAT lub paragonu.

Przyjęcie reklamacji/zwrotu (wypełnia pracownik apteki):

Imię i nazwisko osoby przyjmującej:

Data:

Uwagi: