

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Miejscowość: _____ Data: _____

Dane konsumenta:

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Dane przedsiębiorcy:

Zachodniopomorska Klinika Naturopatii

Akademia Drogi do Zdrowia Ryszard Świderski

ul. ks. Piotra Wawrzyniaka 9

70-392 Szczecin

Przedmiot reklamacji:

Data zakupu: _____

Numer zamówienia (jeśli dotyczy): _____

Opis niezgodności/uszkodzenia/problemów:

Żądanie konsumenta (np. zwrot pieniędzy, wymiana, naprawa):

Załączniki (np. dowód zakupu, zdjęcia):

Podpis konsumenta (w przypadku wersji papierowej): _____