

# FORMULARZ REKLAMACYJNY

ADRESAT BUTIK LAVIE UL. KAPICY 16B SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE 41-106

IMIĘ I NAZWISKO \_\_\_\_\_

NR TELEFONU \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

NR ZAMÓWIENIA \_\_\_\_\_ DATA ZAKUPU \_\_\_\_\_

## REKLAMACJA DOTYCZY

NAZWA PRODUKTU	CENA	DATA STWIERDZENIA WADY

DOKŁADY OPIS WADY \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REKLAMACJA ZOSTANIE ROZPATRZONA W CIĄGU 14 DNI  
OD DATY OTRZYMANIA TOWARU

NR KONTA: \_\_\_\_\_

SPOSÓB POWIADOMIENIA O ROZPATRZENIU REKLAMACJI (PROSZĘ ZAZNACZYĆ)

MAILOWO

TELEFONICZNIE

**BUTIK LAVIE**  
UL. KAPICY 16B  
41-106 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE  
TEL. 790 600 719

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis klienta)