

Data:..... Miejscowość:.....
 Imię i nazwisko:.....
 E-mail:.....
 Telefon:.....
 Numer zamówienia/faktury/paragonu*



Dr Albin Sp. z o.o.
 ul. Radziwiłłowska 19/1
 31-026 Kraków

Nazwa przedmiotu	Opis usterki/data wystąpienia usterki

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI

W związku z powyższym wnioskuję o:

- wymianę produktu na pełnowartościowy
- nieodpłatną naprawę produktu
- zwrot pieniędzy za reklamowany produkt (tylko kiedy wymiana na nowy lub naprawa jest niemożliwa)

W przypadku niemożliwości wymiany lub naprawy produktu, proszę o zwrot pieniędzy za reklamowany produkt na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*niepotrzebne skreślić

.....
 czytelny podpis klienta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji zgłoszenia niezgodności towaru z umową zgodnie z ustawą z dnia 29.04.1994r. O Ochronie Danych Osobowych (Dz. U nr.133 poz 883).