

Miejscowość i data.....

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

.....

Telefon.....

E-mail.....

Doctor Guard Dystrybucja sp. z o.o.

Kazimierzówka 156a

21-040, Kazimierzówka

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI

Nazwa produktu.....

Nr rachunku/paragonu/faktury.....

Szczegółowy opis wady/usterki.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki:

Dowód zakupu (rachunek/paragon/ faktura)

Podpis klienta