

WZÓR FORMULARZA REKLAMACYJNEGO

Miejscowość, data

Do

SVENSKA MED JULIA Julia Stachowiak

ul. prof. Czesława Łuczaka nr 3

88-300 Mogilno

e-mail: info@svenskamedjulia.pl

telefon: +48 696 105 020

Imię, nazwisko

Adres konsumenta

Reklamacja towaru

Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie w dniu _____

Produkt/Kurs/Usługa jest wadliwy. Wada polega na _____

Wada została stwierdzona w dniu _____

Z uwagi na powyższe, żądam*:

- doprowadzenia do zgodności z umową
- obniżenia ceny
- odstępuję od umowy i proszę o zwrot ceny Produktu/Kursu/Usługi na konto

Z poważaniem

*niepotrzebne skreślić