PomocedlaSeniora.pl

FORMULARZ REKLAMACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO : _____

ADRES KONSUMENTA : _____

TELEFON : _____ E-MAIL : _____

NUMER KONTA BANKOWEGO :

INFORMACJE O PRZEDMIOCIE REKLAMACJI

NAZWA PRODUKTU : _____

DATA ZAKUPU : _____

NR ZAMÓWIENIA : _____ NR FAKTURY : _____

OPIS WADY/ PRZYCZYNA REKLAMACJI

ŻĄDANIE REKLAMUJĄCEGO

☐ Nieodpłatna naprawa ☐ Wymiana na nowy ☐ Zwrot zapłaconej ceny* ☐ Obniżenie zapłaconej ceny**

* możliwe tylko gdy: naprawa lub wymiana są niemożliwe lub wymagają nadmiernych kosztów; sprzedawca nie wymienił rzeczy na nową albo rzeczy nie naprawił w odpowiednim czasie
** możliwe gdy wada lub usterki danej części lub jej brak nie wpływa istotnie na całość użytkową zakupionego produktu

Zgodnie z art., 8 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2002r. o szczególnych warunkach sprzedaży konsumenckiej oraz o zmianie Kodeksu Cywilnego (Dz. U. Nr 141, poz. 1176) wybór żądania należy do reklamującego.

ADRES DO ZWROTU TOWARÓW

PDS CARE Sp. z o.o.
Limanowskiego 156
91-034 Łódź
sklep@pomocedlaseniora.pl

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis klienta