

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(dane adresowe)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

Mediq Pharm Przemysław Kiszka
ul. Konstruktorska 10d/25
02-673 Warszawa

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI

Nazwa reklamowanego towaru:

Nr zamówienia:

Data zawarcia umowy:

Nr faktury:

Opis usterki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis Klienta)