Załącznik 3

Miejscowość i data _____,_____

MAX WELLNESS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

(ul. Puławska 405A, 02-801 Warszawa, NIP: 1070020528, REGON: 141492531, KRS: 0000307818)
info@hemanpower.com

Dane kupującego:

Imię i Nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

_____

E-mail:_____

Numer tel.:_____

Zgłoszenie reklamacji

Niniejszym zgłaszam reklamację **zamówienia numer:**_____
następujących produktów:

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA

Poniżej prosimy o dokładne opisanie wady produktu/ów oraz daty jej stwierdzenia:

_____

_____

Proszę określić, jakiej rekompensaty lub rozwiązania oczekują Państwo w związku z reklamacją

_____

Preferowany sposób poinformowania o sposobie rozpatrzenia reklamacji (zaznacz X):
☐Na podany w formularzu adres email ☐Listem na podany w formularzu adres

Nr rachunku bankowego do zwrotu:

Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego: _____

Data_____

Podpis_____