

FORMULARZ REKLAMACJI

Dane klienta

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Informacje o produkcie

Numer zamówienia:

Data zawarcia umowy sprzedaży:

Model:

Rozmiar:

Cena:

Data ujawnienia się wady produktu:

Opis wady produktu:

.....

.....

Dane do przelewu

Numer konta bankowego:

Imię i nazwisko właściciela:

Data i podpis:

Medi  Sleep