

..... dnia



PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY NR

(wypełnia EkaMedica)
(Nr/miesiąc/rok/pracownik)

WYPEŁNIA KONTRAHENT:

Sporządzony w dniu Pełna nazwa firmy:

Dokładny adres

Nr telefonu NIP:

Data nabycia towaru nr faktury z dnia

Nazwa typ (zaznaczyć „x”): sok olejek/olej inne

Cena data ważności

Jeśli wartość reklamowanych towarów przekracza łącznie **50 zł netto** należy odesłać reklamowany towar wraz z kserokopią protokołu na adres: **ul. Legionów 243, 42-500 Czechowice-Dziedzice** w celu weryfikacji.

.....
DATA I PODPIS PRACOWNIKA
PIECZĄTKA FIRMY
(wypełnia kontrahent)

WYPEŁNIA KLIENT DETALICZNY:

Dokładny opis wad:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
DATA I PODPIS KLIENTA
(wypełnia klient)

WYPEŁNIA PRACOWNIK EKAMEDICA:

Decyzja pracownika przyjmującego reklamacje:

.....
.....

.....
DATA I PODPIS PRACOWNIKA
PIECZĄTKA FIRMY
(wypełnia EkaMedica)