

**MD AMBER**  
**FORMULARZ REKLAMACJI**

*Do wypełnienia przez Klienta*

<b>Dane Sprzedawcy:</b>
MD AMBER DAWID DANECKI
ul. Robotnicza 7, 83-110 Tczew
e-mail: sklep@mdamber.pl

Imię i nazwisko / nazwa firmy: .....

Adres do korespondencji: .....

E-mail: .....

Telefon: .....

NIP (jeśli dotyczy): .....

Numer zamówienia / numer dokumentu zakupu: .....

Data zakupu: .....

Data stwierdzenia problemu: .....

Nazwa reklamowanego produktu: .....

**Opis reklamacji / niezgodności produktu z umową:**

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

**Żądanie Klienta:**

- naprawa produktu
- wymiana produktu
- obniżenie ceny
- odstąpienie od umowy
- inne: .....

Miejscowość i data	Podpis Klienta

(\*) Niepotrzebne skreślić.