apøz WE ♥ FABRIC

+ 85 722 28 69
ul. Przemysłowa 5
15-528 Sowlany
www.apoz.pl

REKLAMACJA / ZWROT

wypełnia klient

Dane kontaktowe:

imię i nazwisko:

adres:

nr telefonu:

e-mail:

Numer rachunku / IBAN*:

Numer BIC / SWIFT*:

☐ reklamacja ☐ zwrot ☐ wymiana towaru ☐ inne

Nr zamówienia:	Nr faktury / paragonu:	Data złożenia formularza:

Nazwa towaru: (nazwa na fakturze, ewentualnie pozycja)	Przyczyna reklamacji / zwrotu / wymiany - opis:

Podpis klienta:

wypełnia magazyn / handlowiec

Uwagi dotyczące reklamacji / zwrotu:

Nr zamówienia:	Data przyjęcia reklamacji / zwrotu:

Sposób rozpatrzenia reklamacji / zwrotu:

Rozpatrzył:

wypełnia dział księgowości

Zatwierdził:	Nr korekty:	Zwrot wykonano: (data i podpis)

* jeśli dotyczy