…………………………………………………..

Miejscowość i data

**ADRESAT**:

Sklep Mr Grow

ul. Legnicka 21

41-811, Zabrze

**FORMULARZ REKLAMACYJNY**

| KONSUMENT: | |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko konsumenta: |  |
| Adres konsumenta: |  |
|  |
| Adres email: |  |
| Numer telefonu: |  |
| Numer zamówienia: |  |
| Data odbioru zamówienia: |  |

| PRZEDMIOT REKLAMACJI: | |
| --- | --- |
| Data nabycia towaru: |  |
| Nazwa Towaru: |  |
| Numer paragonu/faktury: |  |
| Numer karty gwarancyjnej: |  |
| Wartość towaru: |  |
| Opis wad i okoliczności ich powstania: |  |
| Działania naprawcze/żądanie reklamującego\* | (\_\_\_) wymiana rzeczy na wolną od wad |
| (\_\_\_) usunięcie wady |
| (\_\_\_) obniżenie ceny |

……………………………………….

Podpis konsumenta(-ów)