

## Formularz reklamacji

Produkt należy odesłać na adres:

**SKLEP ORTOPEDYCZNO-MEDYCZNY  
"MEDICON" MAŁGORZATA WINCZOWSKA,  
INGA WINCZOWSKA S.C.**

Tel: +48 33 819 01 01

GSM: +48 609 667 994

e-mail: sklep@medicon.slask.pl

### Informacja o kliencie:

Imię i nazwisko / Firma \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy, e-mail \_\_\_\_\_

Data reklamacji /zwrotu\* \_\_\_\_\_

Numer faktury \_\_\_\_\_

Numer konta bankowego na który zostaną zwrócone pieniądze.

□□-□□□□-□□□□-□□□□- □□□□- □□□□- □□□□

(Numer konta bankowego musi składać się z 26 cyfr)

### Informacje dotyczące wymiany:\*\*

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Naprawa                             | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wymiana na pełnowartościowy produkt | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zwrot pieniędzy                     | <input type="checkbox"/> |
| 4. Inne (prosimy opisać problem)       | <input type="checkbox"/> |

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Data i podpis klienta

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Zanaczyć jedno