‘Druk REKLAMACJI’ nr …… (wypełnia Orimed)

Miejscowość, data ……

Numer zamówienia: …..…… Numer faktury / paragonu: ……..……..……..……..

NIP:										

Imię i nazwisko / nazwa firmy: .....……..……

Adres: .....……..……

Telefon: .....……..……..…. e-mail: .....……..……..

Powód reklamacji:

☐ **usługa** ……..……

☐ **wyrób:**

Wypełnia Klient					*Wypełnia Orimed*		
L.p.	**Kod produktu (REF)**	**Nazwa towaru**	**Ilość**	**Przyczyna reklamacji**	***Dział Sprzedaży*** *Gwarancyjna / pogwarancyjna*	***KJ*** *Do naprawy / wymiany*	***Produkcja*** *Wykonanie*

Oświadczam, że znane mi są warunki reklamacji towaru określone w Regulaminie sklepu.

Oświadczam, że przesłane narzędzia są wysterylizowane.

.....

(czytelny podpis Klienta)

Wypełnia Orimed:

Uwagi Działu Sprzedaży (numery LOT):

Uwagi Kontrolera Jakości:

ORIMED®

ORIMED Martyna Jakubiak-Świrska
ul. Króla Zygmunta Augusta 9
08-445 Osieck
tel. +48 25 685 71 25
orimed@orimed.pl
www.orimed.pl