

## FORMULARZ REKLAMACJI

Adres do wysyłki przedmiotu: Dział Reklamacji TECHPAT Sp. z o.o.  
 Brzostków 17, 28-136 Nowy Korczyn  
 Tel.: 22 4 875 875

### WYPEŁNIA KLIENT

#### Dane Klienta

Imię i nazwisko / Firma:

Adres:

Telefon:

E-mail:

#### Informacje o zakupie

Nr paragonu/faktury:

Data zakupu: / / 20... r.

#### Towar

Rodzaj, model:

Akcesoria:

#### Wada/usterka

Data stwierdzenia wady:

Opis wady:

Żądanie zgłaszającego reklamacje: naprawa / wymiana / zwrot pieniędzy

Uwagi:

*Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie marki MIKAVI.*

.....  
 Data

.....  
 Czytelny odpis

### WYPEŁNIA MIKAVI

Produkt:

P/FV:

Data otrzymania przesyłki: / / 20... r.

Data rozpatrzenia: / / 20... r.

Decyzja:

Data rozpatrzenia reklamacji: / / 20... r.

WYPEŁNIA KLIENT

WYPEŁNIA MIKAVI