



FORMULARZ REKLAMACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO:

NUMER ZAMÓWIENIA:

TELEFON/E-MAIL:

TWÓJ ADRES:

DATA ZAKUPU:

DATA ZGŁOSZENIA REKLAMACJI:

NAZWA PRODUKTU:

KOLOR:

ROZMIAR:

POWÓD REKLAMACJI (DOKŁADNY OPIS):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRODUKT WRAZ Z WYPEŁNIONYM FORMULARZEM PROSZĘ ODESŁAĆ NA ADRES:
MUUV, UL. BAGATELA 10/29
00-585 WARSZAWA

REKLAMACJA ZOSTANIE ROZPATRZONA W CIĄGU 14 DNI OD DATY OTRZYMANIA PRODUKTU.
DECYZJA BĘDZIE PRZEKAZANA TELEFONICZNIE BĄDŹ MAILOWO.

WSZYSTKIE INFORMACJE NA TEMAT POLITYKI PRYWATNOŚCI SĄ DOSTĘPNE NA STRONIE:
WWW.MUUV.PL

DATA I PODPIS: