

Data ___ - __ - __

Firma	Nr Klienta	Tel. kontaktowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nr Reklamacji (wypełnia dz. Reklamacji)
<input type="text"/>

Nr Faktury	Data zakupu
<input type="text"/>	<input type="text"/> _ <input type="text"/> <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> - <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> - <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/>

1. OPIS REKLAMOWANEGO PRODUKTU

Nr Polcar	Ilość	Brak	Niezgodność	Nadwyżka
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. OPIS REKLAMACJI

Dokumenty dołączone do zgłoszenia:

1. 2.

3. ŻĄDANIE REKLAMUJĄCEGO Wymiana towaru Zwrot należności Zwrot części inne
(podpis reklamującego)**Przy wypełnionym nieprawidłowo formularzu lub jego braku, reklamacje nie będą rozpatrywane****4. SPRAWDZENIE REKLAMACJI**Zgłoszenie w dniu ___ - __ - __ drogą elektroniczną drogą telefoniczną

Punkt 4 i 5 wypełnia pracownik dz. Reklamacji ilościowych

5. DECYZJA

Data

Podpis