



Formularz reklamacji/ zwrotu towaru
Wszystkie pola są obowiązkowe

Wybierz opcję

Reklamacja

Zwrot

Imię i nazwisko/nazwa firmy _____

Telefon kontaktowy _____

Email _____

Numer zamówienia _____

Data zamówienia _____

Nazwa produktu _____

Adres dostawy _____

Opis niezgodności towaru, czas i okoliczności stwierdzenia wady

Prosimy o wysłanie wypełnionego Formularza wraz z zakupionym produktem i potwierdzeniem zakupu (paragon, faktura lub potwierdzenie płatności) na adres:

Vision Center
ul. Legionistów 38
26-670 Pionki

Reklamacja zostanie rozpatrzona w ciągu 14 dni od momentu otrzymania towaru.
W razie pytań dotyczących reklamacji prosimy o kontakt pod numerem telefonu
884 353 259

Zgodnie z ustawą z dnia 27.08.1997r. Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 923 ze zm.,
wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w
zgłoszeniu reklamacyjnym dla potrzeb przeprowadzania procesu reklamacji
nabytego przeze mnie towaru.

Data i podpis