

FORMULARZ ZWROTU / REKLAMACJI

DANE KLIENTA		DANE DOKUMENTU	
IMIĘ I NAZWISKO		DATA ZAKUPU TOWARU	
NAZWA FIRMY		NUMER DOKUMENTU ZAKUPU	
ADRES			
NIP			
E-MAIL			

	ARTYKUŁ ILOŚĆ	ILOŚĆ
1		
2		
3		

ZWROT*		REKLAMACJA*	
(przyczyna zwrotu)		(opis wad)	

ŻĄDANIA KLIENTA / DALSZE DZIAŁANIA	
Korekta*	
ROZLICZENIE KOREKTY	ZWROT NA KONTO*
	ROZLICZENIE Z PŁATNOŚCIAMI*
Wymiana*	
Inne (jakie?)*	

DATA	PODPIS OSOBY ZWRACAJĄCEJ TOWAR	PIECZĄTKA

DECYZJA			
(wypełnia pracownik firmy DENTECH)			
ZWROT / REKLAMACJA	PRZYJĘTE		ODRZUCONE
UZASADNIENIE			

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

 X

podpis pracownika