

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Data: __/__/----

Dane klienta:

Nazwa firmy / NIP: _____ / _____

Imię i nazwisko: _____

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

Produkt zgłaszany na reklamację:

Nazwa urządzenia: _____

Numer faktury: ____/____/____

Przyczyna reklamacji:

☐

Uszkodzony wyświetlacz

☐

Uszkodzony przycisk

☐

Uszkodzony port ładowania

☐

Brak wykrywania atomizera

☐

Inny: _____

Adres do odesłania towaru:

Nazwa firmy / Imię i nazwisko: _____ / _____

Adres: _____

Numer telefonu: _____

Kod pocztowy / miasto: ____-____ / _____

Numer paczkomatu (opcjonalnie): _____

Podpis zgłaszającego reklamację

Adres do reklamacji:

Doctor Vape

ul. Przemysłowa 20

21-100 Lubartów

+48 729 194 663

reklamacje@b2b-doctorvape.pl

Doctor
Vape

*Formularz reklamacyjny należy dołączyć
do paczki wraz z dowodem zakupu