

_____, _____
Miejscowość Data

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci złożenia reklamacji)

Dane Klienta:

(imię i nazwisko, adres, e-mail, telefon kontaktowy)

Adresat:

**M.CLINIC spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
ul. Kwiatowa 3B/8, 64-920 Piła**

Dowód zakupu (*prosimy wskazać właściwe*):

- ☐ Paragon numer:

☐ Inny:

Numer zakupionego Vouchera:

Przyczyny reklamacji:

Żądanie Klienta:

Preferowany sposób poinformowania o sposobie rozpatrzenia reklamacji:

- ☐ Adres poczty elektronicznej (e-mail): _____
☐ SMS wysłany na numer telefonu: _____
☐ Inny: _____

Data i czytelny podpis Klienta