

**FORMULARZ NAPRAWY/REKLAMACJI\***

Poltraf Sp. z o.o. 80-298 Gdańsk ul. Bysewska 26 C

Tel: (58) 557 5207, Fax (58) 557 52 39

Zgłaszający reklamację: .....

Adres: .....

Telefon / fax: ..... E-mail: .....

Osoba kontaktowa: ..... tel. kom: .....

## Dane uszkodzonego produktu\*\*:

Nazwa produktu: ..... Kod: .....

Nr seryjny: ..... Dowód zakupu w Poltraf Sp. z o.o. ): .....

Data zakupu: ..... Data przekazania do reklamacji: .....

Sposób przekazania do reklamacji\*\*\*: .....

Opis uszkodzenia/objawy: .....

Uwagi: .....

## POLTRAF Sp.z o.o.:

Referent:

Podpis osoby przyjmującej do reklamacji:

Podpis osoby reklamującej:

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnia Reklamujący

\*\*\* poczta, firma kurierska, osobiście itp.