



Formularz reklamacji

Data zgłoszenia D/M/R:.....

Imię i nazwisko zgłaszającego:.....

Nazwa firmy:.....

Adres:.....

NIP:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Adres wysyłki po naprawie:.....

Nazwa produktu:.....

S/N (numer seryjny):.....

Data zakupu:.....

Nr faktury:.....

W ramach udzielonej gwarancji zgłaszam usterkę urządzenia polegającą na (dokładny opis usterki/uszkodzenia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Adres

BardoMed Sp. z o.o.
ul. Studzienki 55
32-085 Modlnica
NIP: 945-217-69-37

Kontakt

biuro@bardomed.pl
tel: (12) 444 12 97
kom: 721 121 314

www.bardomed.pl

Nr rachunku bankowego (Bank Pekao):
89 1240 4533 1111 0011 0575 7608