



Formularz reklamacji

Data zgłoszenia D/M/R:

Imię i Nazwisko zgłaszającego

Nazwa firmy

Adres:

Numer NIP:

Telefon:

e-mail:

Adres wysyłki po naprawie:.....

Nazwa produktu:

S/N (numer seryjny):

Data zakupu:

Nr faktury:

W ramach udzielonej gwarancji i na warunkach określonych w dokumencie gwarancyjnym zgłaszam usterkę urządzenia polegającą na (dokładny opis usterki/uszkodzenia):

BIURO

BardoMed Sp.z.o.o.
ul. Pod Fortem 2F/ lok.6
31-302 Kraków

KONTAKT

biuro@bardomed.pl
tel: (12) 4441297
kom: 721 121 314
fax: (12) 4441296

SIEDZIBA

BardoMed Sp. z.o.o.
ul.Koniecznego 6/66
31-216 Kraków
NIP: 945-217-69-37

Numer konta bankowego:
Alior Bank 89249000050000452019657407