

WYPEŁNIA KLIENT:

 ZGŁASZAJĄCY
NAZWA FIRMY:

DATA ZGŁOSZENIA ___ / ___ / ____ (DD / MM / RRRR)

**NR REKLAMACJI
KLIENTA:**

IMIĘ I NAZWISKO:

**DOKŁADNY ADRES
DOSTAWY:**

TELEFON / FAX

01

ASORTYMENT REKLAMOWANY	NR F-RY ZAKUPU LUB WZ	ILOŚĆ	WAGA [kg]	WYMIAR [m ³]	RODZAJ OPAKOWANIA

OPIS WADY

**SUGEROWANY SPOSÓB
ROZPATRZENIA**

02

ASORTYMENT REKLAMOWANY	NR F-RY ZAKUPU LUB WZ	ILOŚĆ	WAGA [kg]	WYMIAR [m ³]	RODZAJ OPAKOWANIA

OPIS WADY

**SUGEROWANY SPOSÓB
ROZPATRZENIA**

03

ASORTYMENT REKLAMOWANY	NR F-RY ZAKUPU LUB WZ	ILOŚĆ	WAGA [kg]	WYMIAR [m ³]	RODZAJ OPAKOWANIA

OPIS WADY

**SUGEROWANY SPOSÓB
ROZPATRZENIA**

**PODPIS I PIECZĘĆ
REKLAMUJĄCEGO**

WYPEŁNIA PRACOWNIK ACAR
**PRZYJMĄCY
REKLAMACJĘ:** ACAR S.A. CENTRALA
 ul. Piłska 13, 78-400 SZCZECINEK
 tel. +48 0 94 373 06 74
 tel. +48 0 94 374 23 39

**DATA OTRZYMANIA
TOWARU** ___ / ___ / ____ (DD / MM / RRRR)
NR REKLAMACJI ACAR:

DECYZJA ACAR

DATA WYSYŁKI ___ / ___ / ____ (DD / MM / RRRR)

**NR LISTU
PRZEWOZOWEGO:**

PODPIS ODBIERAJĄCEGO

 SHENKER | POCZTA POLSKA