

**FORMULARZ REKLAMACYJNY**

---

Imię i nazwisko

---

Adres

---

E-mail, telefon

---

Nr zamówienia

**Reklamowane towary:**

Nazwa	Ilość

Data otrzymania towaru:

---

Numer dokumentu sprzedaży (paragonu lub faktury VAT):

---

**Opis usterki/wadliwości towaru:**

---

---

---

Preferowana forma uznania reklamacji (proszę zaznaczyć odpowiedni punkt):

- Zwrot pieniędzy;  
 Naprawa;  
 Wymiana na nowy produkt;  
 Inna: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na dokonanie przez Sprzedającego zwrotu środków za pośrednictwem operatora bramki płatności na konto, z którego została wykonana płatność za złożone zamówienie. Jeśli zwrot ma zostać wykonany na inne konto, proszę wpisać nazwę banku oraz numer konta:

---

---

Data i czytelny podpis Klienta

**Zwrotu towaru (wraz z formularzem oraz dowodem zakupu) należy dokonać na adres:**

EyeShield Sp. z o. o.  
Aleja Mireckiego 22 lok. 25  
41-205 Sosnowiec