

Zgłoszenie

Wymiany / Zwrotu / Reklamacji
(*zaznacz)

Nazwa sklepu Zakład Szyldowy Gama Kolor Krystian Piechota
ul. Szpitalna 5, 46-060 Prószków

Nazwa zakupionego towaru

Data zakupu

Nr paragonu, faktury VAT

Dokładny adres klienta

Adres e-mail

Telefon kontaktowy

Powód wymiany/zwrotu/
krótki opis reklamacji

Chcę wymienić na towar

Forma płatności

Bank _____

Konto _____

Przekaz pocztowy _____

Data i podpis kupującego _____