



/

Nr zlecenia / miesiąc
wypełnia SERWIS

DIPOL Szydłowski i Wspólnicy s.j.
31-587 Kraków ul. Ciepłownicza 40
tel. 12 686-30-15 serwis@dipol.com.pl

-	-
---	---

Dzień / Miesiąc / Rok
wypełnia SERWIS

Z L E C E N I E N A P R A W Y

Adres zwrotny reklamacji:

Nazwa Firmy		
Imię i Nazwisko		
ulica		
Kod pocztowy	Miejscowość	

Dane kontaktowe właściciela:

Nr / data faktury	
Nazwa Firmy	
Imię i Nazwisko osoby kontaktowej	
Nr telefonu	
Adres e-mail	

Kod towaru	Nazwa towaru	Nr seryjny	Gwarancja TAK / NIE

Opis uszkodzenia		Uwagi Klienta			
Proszę dołączyć kopię dokumentu zakupu					
Towar wysłałem	Poczta	DHL	UPS	Data	Uwagi
				. .	

.....
Data i podpis Klienta

.....
Podpis osoby przyjmującej reklamację