

/
---

Nr zlecenia / miesiąc  
wypełnia **SERWIS**



DIPOL. Szydlowski i Wspólnicy S.J.  
31-587 Kraków ul. Ciepłownicza 40  
tel. 12 686-02-11 w.49 [serwis@dipol.com.pl](mailto: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 <b>TAK / NIE</b>

Opis uszkodzenia		Uwagi Klienta			
<b>Proszę dołączyć kopię dokumentu zakupu</b>					
Towar wysłałem	Poczta	DHL	UPS	Data	Uwagi
				- -	

.....  
**Data i podpis Klienta**

.....  
Podpis osoby przyjmującej reklamację