

FORMULARZ REKLAMACJI

DANE KLIENTA:

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES

PODPIS

DATA WAŻNOŚCI

NR SERII (NR LOT) i/lub blister
po soczewce i/lub op. zbiorcze

OPIS PRODUKTU:

NR ZAMÓWIENIA

NAZWA SOCZEWEK

MOC

CYLINDER (jeśli dotyczy)

OŚ (jeśli dotyczy)

KRZYWIZNA (jeśli dotyczy)

KOLOR (jeśli dotyczy)

ADDYCJA (jeśli dotyczy)

POWÓD REKLAMACJI:

OCZEKIWANIA KLIENTA:

NOWY PRODUKT

ZWROT PIENIĘDZY

POTWIERDZENIE ZAKUPU:

PARAGON FISKALNY (oryginał)

FAKTURA VAT

POTWIERDZENIE PRZELEWU

INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH:

POJEMNICZEK NA SOCZEWKI

PARAGON

BLISTRY

INNE