

FORMULARZ REKLAMACYJNY do soczewek kontaktowych

DANE KLIENTA

IMIĘ I NAZWISKO _____

ADRES _____

ZAMÓWIENIE

NR ZAMÓWIENIA _____

NAZWA PRODUKTU _____

MIEJSCE ZAMÓWIENIA www.kodano.pl Salon KODANO Optyk

POTWIERDZENIE ZAMÓWIENIA Paragon Faktura VAT Potwierdzenie przelewu

MOC (jeśli dotyczy) _____ KOLOR (jeśli dotyczy) _____

CYLINDER (jeśli dotyczy) _____ ADDYCJA (jeśli dotyczy) _____

OŚ (jeśli dotyczy) _____ DATA WAŻNOŚCI _____

KRZYWIZNA (jeśli dotyczy) _____ NR SERII (NR LOT)
i/lub blister po soczewce
i/lub op. zbiorcze _____

POWÓD REKLAMACJI

OCZEKIWANIA KLIENTA:

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDNIEGO POLA:

Zwrot środków Nowy produkt

INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH

Paragon Blistry Pojemniczek na soczewki

DATA ZGŁOSZENIA _____

PODPIS _____