

## FORMULARZ - Reklamacja

Polskie Kliniki  
**OSTEOPOROZY**



Imię i nazwisko Klienta: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

Rodzaj i numer dowodu zakupu:

faktura nr \_\_\_\_\_

paragon nr \_\_\_\_\_

Data zakupu: \_\_\_\_\_

Reklamowany produkt (numer artykułu wraz z opisem/nazwą):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data wykrycia wady: \_\_\_\_\_

Opis usterki/wady wraz z miejscem jej wystąpienia oraz okoliczności powstania wady:

Oczekiwana forma rozpatrzenia reklamacji:

usunięcie wady

wymiana produktu na nowy

**Polskie Kliniki  
Osteoporozy Sp. z o.o.**

ul. Bohaterów Warszawy 27  
48-300 Nysa

+48 77 544 42 00  
pkost@pkost.pl

 **PKOST.pl**

\_\_\_\_\_  
Data złożenia reklamacji

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Klienta