

## FORMULARZ REKLAMACJI / ZWROTU TOWARU

Numer zamówienia \_\_\_\_\_

Numer faktury \_\_\_\_\_

Data zamówienia \_\_\_\_\_

### Dane klienta

Nazwa firmy \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_

Ulica, Nr budynku / Nr lokalu \_\_\_\_\_

Kod pocztowy, Miejscowość \_\_\_\_\_

Reklamowany / Zwracany towar

Nazwa towaru	Ilość	Cena netto za 1 szt.	Wartość brutto

Powód reklamacji / zwrotu towaru

Nr konta w przypadku zwrotu pieniędzy

Nr konta \_\_\_\_\_

Towar proszę odesłać wraz z wypełnionym formularzem, na własny koszt na adres:  
Cargoforte Sp. z o.o.  
ul. Św. Teresy 111; 91-218 Łódź, Polska  
tel.: (+48 42) 613 75 37  
p. Małgorzata Kredens