

Formularz reklamacji/zgłoszenia

Wypełnia osoba zgłaszająca

Nazwa produktuPompa do żywienia Ambix Activ.....

Model, typAmbix Activ PL.....

Nr. Seryjny

Podmiot zgłaszający

Firma/osoba ...Stowarzyszenie Apetyt na Życie.....

Adres ...al. Daszyńskiego 22 31-534 Kraków.....

Osoba do kontaktuMarek Lichota.....

Nr. Telefonu ...12 222 01 17

Pompa użytkowana przez:

Osoba:

Adres:

Osoba do kontaktu:.....

Numer telefonu:

Powód zgłoszenia:

.....
.....
.....

Data i podpis:

.....

Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie

Dostarczono:

Urządzenie z oryginalnymi plombami

Oryginalne opakowanie

Karta gwarancyjna

Instrukcja obsługi

Akcesoria, oprogramowanie

Opis:

Data przyjęcia:

.....

.....

Imię i nazwisko osoby przyjmującej

.....

Podpis przyjmującego

.....