

WZÓR OŚWIADCZENIA O ŻĄDANIU OBNIŻENIA CENY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku żądania obniżenia ceny)

- Adresat: "KOMA" S.C. HENRYK MALESKA, TERESA DUDA z siedzibą w Łaziskach Górnych, adres do wysyłki: ul. Działkowców 18, 43-170 Łaziska Górne, e-mail: sklep@drogeriamarzen.pl, nr tel. +48 604 917 545, 32 738 90 43.

- Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym żądaniu obniżenia ceny w związku ze stwierdzeniem wady następujących zakupionych rzeczy:

- Żądam obniżenie ceny o (prosimy podać dokładną kwotę obniżki): _____

- Cena wyjściowa (netto) _____

- Cena po obniżce (netto) _____

- Numer zamówienia _____

- Adres e-mail _____

- Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*) _____

- Imię i nazwisko konsumenta(-ów) _____

- Adres konsumenta(-ów) _____

- Podpis konsumenta(-ów) _____

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

- Data _____

W związku z obniżeniem ceny wadliwych produktów, proszę o zwrot kwoty: zł (słownie:)

na konto bankowe nr:

lub przekazem pieniężnym Poczty Polskiej na adres:

.....

(*) - niepotrzebne skreślić