

WZÓR OŚWIADCZENIA O ŻĄDANIU USUNIĘCIA WADY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku żądania usunięcia wady)

- 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 usunięcia wady w związku ze stwierdzeniem wady następujących zakupionych rzeczy:

- 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 _____

(*) - *niepotrzebne skreślić*