

WZÓR OŚWIADCZENIA O ŻĄDANIU WYMIANY RZECZY NA WOLNĄ OD WAD

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku żądania wymiany rzeczy na wolną od wad)

- 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 wymiany rzeczy na wolną od wad 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