…………………………………..   
(Miejscowość, data)

………………………………..   
(Nazwa firmy/Imię i nazwisko Klienta,  
siedziba firmy, adres zamieszkania)

OPTOtech Medical Sp. Z o.o. Sp. K.  
Ul. Władysława Wimmera 67E,   
32-005 Niepołomice, Polska

Formularz reklamacji

nazwa produktu:..............................................................................................................................

szczegółowy opis wady/usterki: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

podpis klienta

załączniki:

* kopia dowodu zakupu (faktura/paragon)