MET-GAL

Protokół

☐ reklamacji*
☐ zwrotu*

Nr.:.....

Data.:.....

Nazwa firmy

Nazwa produktu/Symbol	Nr.faktury	Przyczyna reklamacji/zwrotu	Ilość

Uwagi dot.rozwiazania reklamacji/zwrotu*

1.Wymiana na nowy

2.Korekta faktury nr:.....

3.Reklamacjie nie uznano(zwrot do odb.)

.....
.....
.....
opis

1.) Potwierdzenie zgłoszenia **(Met-Gal)** , Data i Podpis

.....

2.) Data oraz podpis osoby przyjmującej towar do reklamacji

.....

3.) Podpis oraz data osoby przyjmującej reklamacje na magazyn

.....

4.) Pokwitowanie odbioru Data i podpis **(Klient)**

.....

* -niepotrzebne skreślić

32-040 Rzeszotary
ul..Galicyjska 9
Fax:(012) 256-50-71
zamowienia@metgal.com.pl
Tel/Fax:(012) 270-40-15
Tel/Fax:(012) 270-50-11