

FORMULARZ REKLAMACJI STROJU FIRMOWEGO

UBIERAMY
PRACOWNIKOW.PL

for



▲ ZAMAWIAJĄCY

Salon: _____

Adres do wysyłki: _____

Numer telefonu: _____

▲ PRODUKTY REKLAMOWANE

PRODUKT	PŁEĆ*	ROZMIAR	ILOŚĆ
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

* zaznaczyć X przy wybranej opcji

▲ OPIS WADY

Podpis osoby zgłaszającej reklamację