

FORMULARZ REKLAMACYJNY

UNTAMED

DANE PODSTAWOWE

*NUMER ZAMÓWIENIA	
*NUMER FAKTURY	
*NAZWA REKLAMOWANEGO PRODUKTU	
*PRZYCZYNA REKLAMACJI	
*PROPOZYCJA ROZWIĄZANIA REKLAMACJI	

DANE KLIENTA

*IMIĘ I NAZWISKO	
*ADRES E-MAIL	
*NUMER TELEFONU	
*ULICA	
*NUMER BUDYNKU	
*NUMER LOKALU	
*KOD POCZTOWY	
*MIEJSCOWOŚĆ	
*KONTO BANKOWE	

Jest nam przykro jeśli spotkały Cię nieprzyjemności związane z zakupionym u nas produktem. Dołożymy wszelkich starań, aby rozwiązać reklamację w trybie pilnym z satysfakcjonującym dla Ciebie rezultatem.

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól w formularzu. Uzupełniony plik prześlij na adres shop@untamedbrand.com w tytule wpisując „REKLAMACJA/nr zamówienia”.
Poprawne uzupełnienie zgłoszenia przyspieszy proces rozpatrzenia.