

Pełna nazwa firmy/
pieczętka

Miejscowość | D | D | M | M | R | R | R | R

Miejsce i data złożenia zgłoszenia

imię i nazwisko

Telefon

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej reklamację

Telefon kontaktowy

Zgłaszający

Dostawca

Zgłoszenie reklamacji* zwrotu* towaru

2M System Sp. z o.o.
ul. Warszawska 89
42-470 Siewierz
tel: +48 32 67 41 321
fax: +48 32 67 41 845
e-mail: biuro@2msystem.com.pl



Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia:

| D | D | M | M | R | R | R | R

Numer i data przyjęcia zgłoszenia według systemu 2M System

Lp.	Nazwa produktu	Kod	Kolor	Rodzaj	Wersja otworowa	Jednostka miary	Ilość	Uwagi
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Dokładny opis wady (przyczyna zwrotu/reklamacji)

Nr faktury sprzedaży
przez 2M System

Data sprzedaży

Miejsce
składowania
towaru

Zgłaszający

Odbiorca
finalny

Dokładny adres
miejsca składowania
towaru

Imię i Nazwisko
osoby kontaktowej

Telefon kontaktowy

Proszę o potwierdzenie przyjęcia
zgłoszenia

Należy wpisać nr telefonu/ faxu/ e-maila
w celu przesłania potwierdzenia

Czytelny podpis osoby składającej zgłoszenie

Miejsce na pieczętke