

Miejscowość, data.....

Imię i nazwisko .....

Adres.....

**Support-Pharma Sp. z o.o.**

**ul. Korczaka 6B**

**66-500 Strzelce Krajeńskie**

## ZGŁOSZENIE REKLAMACJI

---

Niniejszym zawiadamiam, że zakupiony/a w Państwa sklepie:

.....  
jest wadliwy.

Wada towaru polega na tym, że:

.....  
.....

Mając to na uwadze żądam:

.....  
.....

Oświadczam jednocześnie, iż wyrażam wolę skorzystania z roszczeń z tytułu\*:

a) gwarancji

b) niezgodności towaru z umową

.....

(podpis)

\*niepotrzebne skreślić