

ZAŁĄCZNIK nr 1 - WZÓR FORMULARZA REKLAMACYJNEGO W PRZYPADKU KONSUMENTA

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko/firma:

Adres zamieszkania:

E-mail:

Numer telefonu:

Numer zamówienia:

Data odbioru zamówienia:

Dominika Czachor usługi medyczno-psychologiczne

NIP: 8141699130, kontakt@adhdpomojemu.pl

ul. Akacyjowa 5, 36-100 Kolbuszowa

Reklamacja Treści cyfrowej/ Usługi cyfrowej przez Konsumenta

Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie w dniu..... Treść Cyfrowa/ Usługa cyfrowa[informacja] jest niezgodna z Umową.

Brak zgodności z Umową polega na

.....
.....
.....

.....[opis niezgodności z umową].

Niezgodność została stwierdzona w dniu..... .

Z uwagi na powyższe, żądam (w przypadku Treści cyfrowych, Usług cyfrowych):

- doprowadzenia do zgodności z Umową
- obniżenia ceny _____
- odstąpię od Umowy.

Numer rachunku bankowego do zwrotu środków:

.....

Posiadacz rachunku bankowego:

Data: _____ Podpis Konsumenta: _____