

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Data: __/__/----

Dane klienta:

Imię i nazwisko: _____

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

Produkt zgłaszany na reklamację:

Numer zamówienia: _____

Numer paragonu / transakcji: _____

Nazwa urządzenia: _____

Przyczyna reklamacji:

Uszkodzony wyświetlacz

Uszkodzony przycisk

Uszkodzony port ładowania

Brak wykrywania atomizera

Inny: _____

Adres do odesłania towaru:

Imię i nazwisko: _____ / _____

Adres: _____

Numer telefonu: _____

Kod pocztowy / miasto: __-___ / _____

Numer punktu odbioru (InPost lub DPD): _____

Podpis zgłaszającego reklamację

Adres do reklamacji:

Doctor Vape

ul. Kochłowice 6a

46-220 Kochłowice

+48 453 397 967

reklamacje@doctorvape.eu

Doctor
Vape

*Formularz reklamacyjny należy dołączyć do paczki wraz z dowodem zakupu oraz oryginalnym opakowaniem urządzenia

**Reklamacje są rozpatrywane do 14 dni od otrzymania towaru