

Załącznik nr 2 do Regulaminu

.....
Miejscowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
zam. ulica, nr

.....
miejscowość

.....
Telefon

Mahony Pharma z o.o.
Rynek 1/6
45-015 Opole

Dot. zamówienia numer

REKLAMACJA

W dniu nabyłem/nabyłam produkt DIETALEGRE

W okresie stwierdziłem/am

nieprawidłowość, polegającą na.....

W związku z powyższym, zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2002 r. o szczególnych warunkach sprzedaży konsumenckiej oraz o zmianie kodeksu cywilnego (Dz.U. z 2002r, nr 141, poz. 1176 ze zm.) proszę o:

- wymianę na nowy produkt*
- wymianę na inny produkt w tej samej cenie*

.....
Podpis konsumenta

* wybór roszczenia należy do konsumenta / niepotrzebne skreślić