

**SKLEP MEDYCZNY REHAMED T. PIOTROWSKI, A.  
PIOTROWSKA S.C.**

ul. Polska 7

81-339 Gdynia (II piętro)

email: sklepmedyczny@rehamed.com.pl

tel.: +48 501978793

....., dnia .....

Imię i nazwisko Klienta(-ów): .....

Adres Klienta (-ów) .....

## Reklamacja towaru

Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie w dniu

.....

towar: ..... jest niezgodny z umową.

Niezgodność towaru z umową polega na:

.....  
.....

Niezgodność towaru z umową została stwierdzona w dniu .....

Z uwagi na powyższe, na podstawie ustawy z dnia z dnia 30 maja 2014 r. o Prawach konsumenta żądam:

- wymiany towaru na nowy na podstawie art. 43d ust. 1 Ustawy o prawach konsumenta \*)
- nieodpłatną naprawę towaru na podstawie art. 43d ust. 1 Ustawy o prawach konsumenta \*)
- obniżenia ceny towaru o kwotę ..... (słownie: ..... ) zł.

Proszę o zwrot podanej kwoty na konto .....

/ przekazem pocztowym na mój adres na podstawie art.43e ust. 1 Ustawy o prawach konsumenta \*)

- odstępuję od umowy i proszę o zwrot ceny towaru na konto ..... / przekazem pocztowym na mój adres na podstawie art.43e ust. 1 Ustawy o prawach konsumenta \*

*Jeśli prowadzisz jednoosobową działalność gospodarczą oraz nabyłeś produkt w ramach umowy sprzedaży bezpośrednio związanej z Twoją działalnością gospodarczą, zaznacz właściwą odpowiedź:*

- Oświadczam, że umowa sprzedaży NIE MA dla mnie charakteru zawodowego, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.*
- Oświadczam, że umowa sprzedaży MA dla mnie charakter zawodowy, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.*

Z poważaniem

.....

\* niepotrzebne skreślić