

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI PRODUKTU TECHNICZNEGO/MEDYCZNEGO***KLIENT** Nazwa firmy i adres:.....
Pieczęć firmowa zgłaszającego reklamację.....
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej reklamację.....
Telefon kontaktowy oraz adres e-mail

Lp.	KOD Servitrax BUTLI	NAZWA PRODUKTU, RODZAJ OPAKOWANIA, TYP ZAWORU	NUMER SERII i data ważności (dotyczy tylko gazów medycznych)
1			
2			
3			
4			
5			

Dokładny opis niezgodności:

1.
2.
3.
4.
5.

Data i podpis Klienta

Podpis Kierowcy/Agenta/Przyjmującego
butle do Reklamacji.....
(czytelny podpis oraz pieczęć).....
(czytelny podpis oraz pieczęć)***Niepotrzebne skreślić.**