

STUDIO MEBLI KUCHENNYCH

ul. Miejska 10 RYBNIK

tel: 32 423 35 48

e-mail: meblesiwiec@onet.pl

ZGŁOSZENIE GWARANCYJNE / POGWARANCYJNE

OKRES GWARANCJI WYNOSI 24 MIESIĄCE

DOTYCZY UMOWY NR: _____ ZAWARTEJ W DNIU: _____

DATA ZGŁOSZENIA: _____

ZGŁASZAJĄCY:

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

TEL: _____ E-MAIL: _____

ADRES WYKONANIA USŁUGI: _____

OPIS WADY WYROBU PODLEGAJACEJ USŁUDZE GWARANCYJNEJ /

POGWARANCYJNEJ:

[illegible]

W jakich dniach i godzinach możemy się z Państwem skontaktować w celu przyjazdu

serwisanta i zdiagnozowania usterki : _____

PODPIS OSOBY ZGŁASZAJACEJ WADY