

**Załącznik nr 3 do Regulaminu sklepu internetowego uphealthpharma.pl**

**WZÓR FORMULARZA REKLAMACYJNEGO  
DLA KONSUMENTÓW  
(przykładowy)**

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci złożenia reklamacji)

<b>Adresat:</b>	UP HEALTH PHARMA SP. Z O.O. Świętego Proroka Eliasza 4 15-568 Białystok adres e-mail: <a href="mailto:kontakt@uphealthpharma.pl">kontakt@uphealthpharma.pl</a>
<b>Adres do zwrotu Produktu:</b>	UP HEALTH PHARMA SP. Z O.O. Świętego Proroka Eliasza 4 15-568 Białystok, tel. 884 606 969
Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie Produkt, tj _____ jest niezgodny z umową. Niezgodność z umową polega na ..... Z uwagi na powyższe, na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, <u>żadam*</u> :	
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Naprawy Produktu (doprowadzenia do zgodności z umową)</li><li><input type="radio"/> Nieodpłatnej wymiany Produktu na nowy (doprowadzenia do zgodności z umową)</li><li><input type="radio"/> Obniżenia ceny Produktu o kwotę ..... (słownie _____) zł lub</li><li><input type="radio"/> Odstępuję od umowy i proszę o zwrot ceny Produktu</li></ul>	
<small>*Należy wybrać jedną z ww. możliwości</small>	
<b>Imię i nazwisko Klienta:</b>	
<b>Data zawarcia umowy/ odbioru*</b> (niepotrzebne skreślić):	
<b>Numer Zamówienia:</b>	
<b>Adres Klienta:</b>	
<b>Telefon kontaktowy Klienta:</b>	
<b>Adres e-mail Klienta:</b>	
<b>Data stwierdzenia niezgodności z umową:</b>	
<b>Numer rachunku bankowego</b> (jeżeli ma zostać dokonany zwrot Ceny za zakupione Produkty)	
<b>Data:</b>	

\_\_\_\_\_  
Podpis Klienta  
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)