Miejscowość i data: ………….………………….

Imię i nazwisko/firma: ………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………...

E-mail: ……………………………………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………………………………………

Numer zamówienia: ………………………………………………………...

Data odbioru zamówienia: ……………………………………………….

Better Health Media spółka z o.o.,

ul. Kijowska 44,

85-703 Bydgoszcz

**FORMULARZ REKLAMACYJNY**

Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie w dniu...................................................... produkt …………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………*[informacja o produkcie]* jest wadliwy.

Wada polega na …………………………………………………………………………………………………. .……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..*[opis wady].*

Wada została stwierdzona w dniu………….…………….. .

Z uwagi na powyższe, żądam:

* wymiany towaru na nowy (art. 561 § 1 kc)
* nieodpłatnej naprawy towaru (art. 561 § 1 kc)
* obniżenia ceny towaru o kwotę ………………….. zł, słownie: …………………………………………… zł (art. 560 § 1 kc),
* odstępuję od umowy (art. 560 § 1kc).

Numer rachunku bankowego do zwrotu środków: …………………………………………………………………………………………………

Posiadacz rachunku bankowego: ………………………………..………………………………….

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        Podpis Konsumenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_