

**REKLAMUJĄCY :**

Nazwa firmy : .....  
 Adres : .....  
 Tel./fax: .....  
 e-mail : .....  
 imię i nazwisko osoby reklamującej : .....

Miejscowość, data .....

**Reklamacje proszę przesyłać na adres:**

**Magazyn PRAXIS Invent  
 ul. Równoległa 9A  
 02-235 Warszawa**

### FORMULARZ REKLAMACYJNY

L.p.	Kod produktu	Nr. faktury zakupowej	Opis wady /uszkodzenia	Model urządzenia, w którym zaistalowany został tusz/toner	Preferowana: korekta /wymiana	Decyzja
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Uwagi:

PRAXIS Invent Sp. z o. o. sp. k. zobowiązuje się do rozpatrzenia wszystkich prawidłowo wypełnionych formularzy.  
 Dziękujemy za zaufanie do naszej firmy. Dołożymy wszelkich starań, by rzetelnie rozwiązać w/w problemy.

.....  
 pieczęć i podpis wypełniającego

.....  
 pieczęć i podpis i rozpatrującego reklamację