




REKLAMAČNÍ FORMULÁŘ č.

(nevyplňovat!)

Reklamující: FIRMA / JMÉNO:
ADRESA:
IČO:
DIČ:
KONTAKTNÍ OSOBA:
EMAIL:
TELEFON:
Adresa pro případné zpětné zaslání zboží: (V případě shody s výše uvedenou nevyplňovat!)
FIRMA / JMÉNO:
Adresa:

Dodavatel:  CIUR a.s. - divize TZB Pražská 1012, 250 01 Brandýs nad Labem tel: +420 326 901 483 IČO: 40612724 email: servis@ciur.cz DIČ: CZ40612724 zapsaná v OR MS v Praze, oddíl B, vložka 819
--

<u>REKLAMOVANÉ ZBOŽÍ:</u>
VÝROBCE ZAŘÍZENÍ:
TYP ZAŘÍZENÍ:
SÉRIOVÉ ČÍSLO:
ČÍSLO FAKTURY A DATUM VYSTAVENÍ: _____ ze dne _____

<u>PODROBNÝ POPIS ZÁVADY:</u>

<u>NAVRHOVANÝ ZPŮSOB ŘEŠENÍ:</u>

DATUM: _____	PODPIS REKLAMUJÍCÍHO: _____
---------------------	------------------------------------

VYPLNĚNÝ FORMULÁŘ ZAŠLETE NA EMAILOVOU ADRESU: servis@ciur.cz

<u>SERVISNÍ ČÁST:</u> (NEVYPLŇOVAT PROSÍM!)			
<u>VYJÁDRĚNÍ TECHNIKA:</u>			
DATUM:	JMÉNO:	PODPIS:	
<u>NAVRHOVANÝ ZPŮSOB ŘEŠENÍ:</u> (nehodící se škrtněte)			
<input type="checkbox"/> OPRAVA	<input type="checkbox"/> VÝMĚNA	<input type="checkbox"/> VRÁCENÍ PENĚZ	<input type="checkbox"/> JINÝ (popis níže)
POPIS:			
DATUM:	JMÉNO:	PODPIS:	
<u>UKONČENÍ REKLAMACE:</u>			
DATUM:	JMÉNO:	PODPIS:	