

Formularz reklamacji towaru

Numer dokumentu zakupu	Nazwa produktu	Liczba opakowań	Seria	Data ważności (MM.RRRR)	Przyczyna reklamacji	Forma rozwiązania
87654321	Ciśnieniomierz naramienny	1	BP000552	Nie dotyczy	Reklamacja pacjenta	Wymiana towaru na pełnowartościowy

.....

(pieczętka i podpis kierownika)