

Formularz Zwrotu/Reklamacji Usługi

Wypełniony wniosek prosimy przesać na adres mail:
wnioski.gabinetbialegozeba@gmail.com

Dane kontaktowe:

1. Imię i nazwisko: _____
2. Adres e-mail: _____
3. Numer telefonu: _____

Dane dotyczące usługi:

4. Nazwa usługi: _____
5. Data wykonania usługi: _____
6. Numer zamówienia/usługi: _____
7. Zapłacona kwota: _____

Rodzaj zgłoszenia:

- Zwrot
- Reklamacja

Szczegóły zwrotu/reklamacji: Proszę opisać powód zwrotu lub reklamacji:

Oczekiwania klienta: Proszę zaznaczyć preferowane rozwiązanie:

- Zwrot pieniędzy - Numer konta do zwrotu: _____
- Darmowy zabieg
- Inne (proszę określić) _____

Dokumenty potwierdzające: Załączniki (np. zdjęcia, dowody zakupu)

Deklaracja klienta: Oświadczam, że wszystkie podane informacje są prawdziwe i kompletne do mojej najlepszej wiedzy. Rozumiem, że czas oczekiwania na rozpatrzenie mojej sprawy to do 14 dni od dnia skutecznego złożenia wniosku.

Data

Podpis