

Numer Autoryzowanego Przedstawiciela

Pieczęćka Autoryzowanego Przedstawiciela

Data

Miejscowość

WNIOSEK/REKLAMACJA *

Nr Abonenta:

Imię i nazwisko Abonenta:

Adres Abonenta:

 -

Treść

**Wyrażam zgodę na otrzymywanie potwierdzeń złożenia reklamacji oraz odpowiedzi na reklamację drogą elektroniczną na adres e-mail
bądź w formie wiadomości SMS na numer telefonu

* Niewłaściwe skreślić.

**Wypełnić w przypadku reklamacji.

Podpis Autoryzowanego Przedstawiciela

Podpis Abonenta