
(Miejscowość, data)

St Vincent Medical Center sp. z o.o.
ul. Miła 6 lok. B
00 – 180 Warszawa

Reklamacja towaru/usługi

Ja niżej podpisany/a,

(imię i nazwisko, adres zamieszkania),

niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie w dniu _____ towar o nazwie _____, symbolu _____, jest wadliwy/wykonana przez Państwa usługa posprzedażowa _____ wynikająca z zawartej w dniu _____ umowy, została wykonana wadliwie. Wada została stwierdzona w dniu _____ i polega na

Z uwagi na powyższe, na podstawie ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny żądam:

- wymiany towaru na nowy* nieodpłatną naprawę towaru*
- obniżenia ceny towaru o kwotę _____ (słownie: _____ zł).

Proszę o zwrot podanej kwoty na konto:

_____/przekazem pocztowym na mój adres*

- odstępuję od umowy i proszę o zwrot ceny towaru na konto:

Podpis konsumenta

**niepotrzebne skreślić*

W załączeniu:

- dowód zawarcia Umowy