

MODULO DI RECLAMO

Compilare il presente modulo per segnalare un difetto del prodotto o avviare una procedura di reclamo.

INDIRIZZO PER LE RECLAMAZIONI

TopSvet s.r.o., 1. Maja 8, 073 01 Sobrance, Slovacchia

DATI DEL CLIENTE

Nome e cognome: _____

Indirizzo: _____

CAP / Città / Provincia: _____

E-mail: _____ Telefono: _____

DATI DELL'ORDINE

Numero ordine: _____ Numero fattura: _____

Data ordine: _____ Data ricevimento: _____

PRODOTTI RECLAMATI

Prodotto	Qtà	Difetto / Problema riscontrato

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Descrizione dettagliata del difetto / problema: _____

PREFERENZA DEL CLIENTE

■ Riparazione ■ Sostituzione prodotto ■ Rimborso ■ Altro: _____

Luogo e data: _____

Firma del cliente: _____