



ul. Słoneczna 96  
05-500 Stara Iwiczna  
Dział Reklamacji  
kontakt 22 449 27 34 ; fax 22 449 27 48  
mail : reklamacje@profarmps.pl

.....  
Dane klienta ( pieczętka )

**PROTOKÓŁ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI DO PROFARM PS**

Data złożenia  
reklamacji:

Numer faktury:

Data faktury:

Produkt

Ilość

Cena

Przyczyna zwrotu/reklamacji :

.....  
Podpis osoby składającej reklamację

Decyzja sposób rozpatrzenia/dodatkowe informacje (wypełnia PROFARM PS)