

.....  
(Imię i nazwisko/nazwa reklamującego)

Łódź, dn.....

.....  
(adres reklamującego)

.....  
.....  
(nr telefonu)

**Do:**

Cannabis - Clinic  
Centrum Medycyny Konopnej  
ul. Kilińskiego 114  
90-013 Łódź

## REKLAMACJA

Zawiadamiam, że zakupiony.....  
(nazwa zakupionego produktu)

w dniu..... sztuk..... za kwotę..... zł

Nr paragonu/faktury.....

jest niezgodny z umową. Niezgodność polega na (opis wady towaru):

.....  
.....  
.....  
.....

Powyższą niezgodność zauważono dn.....

Oczekiwania kupującego co do sposobu załatwienia reklamacji: naprawa towaru, wymiana towaru na nowy, zwrot pieniędzy\*.

W załączeniu składam kopię dowodu zakupu (paragon/faktura\*).

Z poważaniem

.....  
(data i czytelny podpis reklamującego)

\*niepotrzebne skreślić