

PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY* / ZWROTU TOWARU* DO VDS nr...../ z dnia	
Wewnętrzny numer zgłoszenia reklamacyjnego* / zwrotu towaru*	Wypełnia VDS NIEKOMPLETNE – PROSZĘ UZUPEŁNIĆ WYMAGANE POLA ! ☐
Klient zgłaszający reklamację lub chcący dokonać zwrotu towaru (pieczęć, czytelne imię i nazwisko, numery telefoniczne) PIECZĘĆ	<u>WYMAGANE!</u>
Nr faktury sprzedaży VDS (data sprzedaży / dostawy towaru)	<u>WYMAGANE!</u>
Przedmiot reklamacji*/zwrotu towaru*	<u>WYMAGANE!</u>
Opis, powód reklamacji*/zwrotu towaru* Proszę opisać powód reklamacji, zwrotu ...	<u>WYMAGANE!</u>
Proponowany sposób i termin załatwienia reklamacji* / zwrotu towaru W przypadku reklamacji w trybie przyspieszonym – wystanie towaru przed odesłaniem towaru i rozpatrzeniem reklamacji – wyrażają Państwo zgodę na wystawienie faktury VAT na wystany towar i następnie korektę zwróconego towaru w przypadku uznania reklamacji.	<u>WYMAGANE!</u>
Sposób dostarczenia/dostawy towaru do klienta (kurier - jaki?, poczta, dostawa bezpośr.)	
Czy paczka była uszkodzona / zamknięta (zabezpieczona oryginalną taśmą VDS)	
Sposób dostarczenia reklamacji – zwrotu towaru do VDS	1. Przez klienta i na jego koszt . <input type="checkbox"/> 2. Odbiór zlecony przez VDS – kurierem VDS <input type="checkbox"/> - VDS zleca odbiór i poinformuje klienta o dacie odbioru 3. Reklamacja odbierana przez pracownika VDS. <input type="checkbox"/> - wyrażam zgodę na trwanie procesu reklamacyjnego do 60 dni .
Kontakt - nr tel./fax. lub adres e-mail osoba kontaktowa – reklamujący* / zwracający towar*	<u>WYMAGANE!</u>
Podpis i pieczęć reklamującego* chcącego dokonać zwrotu towaru	
Decyzja/opinia VDS dotycząca reklamacji* zwrotu towaru*	Wypełnia VDS
Data i sposób załatwienia reklamacji/zwrotu towaru*	Wypełnia VDS
Data i podpis pracownika VDS	Wypełnia VDS

* niepotrzebne skreślić

Zgłoszenie można wystąpić do VDS faksem na nr 032/770 91 40 lub e-mail: reklamacje@vds.pl