



*Aby dostrzec piękno!*

## PROTOKÓŁ REKLAMACJI

DATA \_\_\_\_\_ MIASTO \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Numer Telefonu \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

**Co jest przedmiotem reklamacji?**

okulary  inna usługa

**Opis sytuacji oraz oczekiwania**

---

---

---

---

---

---

---

---

*Lens-med Sp z o.o. Sp. k. rozpatrzy zgłoszenie reklamacyjne w ciągu 14 dni roboczych  
od otrzymania protokołu reklamacyjnego.*

\_\_\_\_\_  
PODPIS REKLAMUJĄCEGO

\_\_\_\_\_  
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ

LENS-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k. ul. Narcyzów 24, 43-100 Tychy  
KRS: 0000546334, REGON: 276981283, NIP: 6462498730