

# MUS

MED UNIQUE SUITS

---

## FORMULARZ REKLAMACJI

### DANE KLIENTA

IMIĘ I NAZWISKO

.....

NUMER TELEFONU

.....

ADRES MAILOWY

.....

INFORMACJE O REKLAMOWANYM PRODUKCIE

(KOLOR, ROZMIAR)

POWÓD REKLAMACJI

CHCĘ NOWY PRODUKT  
CHCĘ ZWROTU ŚRODKÓW

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA KONTA BANKOWEGO

.....

NUMER KONTA BANKOWEGO NA KTÓREGO NASTĄPI ZWROT ŚRODKÓW

.....