



U.P.F. DYNEX Damian Stróżyński

UL. Kossaka 8, 64-920 Piła

tel. +48 531 007 414

reklamacje@dynex.pl

www.dynex.pl

| ZGŁOSZENIE GWARANCYJNE | | | NR SYSTEMOWY |
|--|-------------------------------------|---|---|
| Reklamujący (nazwa, imię, nazwisko, adres, e-mail, telefon) <input type="checkbox"/> firma <input type="checkbox"/> osoba prywatna (konsument) | | | |
| Rodzaj i nr dok. Zakupu | Data zakupu | Indeks i nazwa reklamowanej części | Ilość |
| Nr rejestracyjny pojazdu | Kod silnika | Nr nadwozia (VIN) | |
| Marka, model, typ pojazdu | Rok produkcji | Pojemność silnika [] cm ³ <input type="checkbox"/> Benzyna <input type="checkbox"/> diesel | |
| Kto montował część | <input type="checkbox"/> Użytkownik | <input type="checkbox"/> Warsztat (nazwa warsztatu, adres, telefon) | |
| Data montażu | Stan licznika przy montażu | Data demontażu | Stan licznika przy demontażu |
| Kto stwierdził usterkę ? <input type="checkbox"/> Użytkownik | <input type="checkbox"/> warsztat | Kiedy stwierdzono usterkę? <input type="checkbox"/> przed montażem <input type="checkbox"/> w trakcie montażu <input type="checkbox"/> w trakcie eksploatacji <input type="checkbox"/> po kolizji | |
| Powód reklamacji (dokładny opis) | | | |
| Kto demontował część ? <input type="checkbox"/> użytkownik | | <input type="checkbox"/> Warsztat (nazwa warsztatu, adres, telefon) | |
| W przypadku uznania reklamacji proszę o: | | <input type="checkbox"/> Wymianę towaru na nowy | <input type="checkbox"/> Zwrot gotówki / korektę zakupu |
| Termin rozpatrzenia reklamacji zgodnie z Warunkami Gwarancji, wynosi 30 dni. Jednocześnie informujemy, że termin ten jest uzależniony od szybkości działania Działu Kontroli Jakości producenta części i może on zostać wydłużony do terminu dłuższego. Jeśli taka sytuacja zaistnieje – zostaną Państwo o tym specjalnie poinformowani. | | | |
| Wyrażam zgodę na dłuższy termin rozpatrzenia reklamacji niż wynika z w/w podstawy umownej oraz na telefoniczne/mailowe poinformowanie o wyniku zgłoszonej reklamacji. <input type="checkbox"/> Akceptuję warunki gwarancji | | | |
| Miejscowość, data zgłoszenia | | Imię i nazwisko, podpis reklamującego | |
| Data odbioru przez pracownika DYNEX | | Imię i nazwisko przyjmującego zgłoszenie (pracownik DYNEX) | |

Dla prawidłowego przyjęcia reklamacji niezbędne jest wypełnienie wszystkich rubryk formularza.

Wypełnia Dynex