

FORMULARZ REKLAMACYJNY

LITTLE LIGHTS LLMNF KRZYSZTOF STEFANIAK UL.MŁYNOWA 6,30-412 KRAKÓW SHOP@LITTLELIGHTS.PL	
IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES	
NR TELEFONU	
MAIL	
NAZWA PRODUKTU	
DATA ZAKUPU	
PRZYCZYNA REKLAMACJI	
OCZEKIWANIA REKLAMUJĄCEGO	NAPRAWA, WYMIANA, ZWROT PIENIĘDZY
	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z ustawą z dnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
	DATA I PODPIS REKLAMUJĄCEGO