

Kellékszavatossági igénybejelentő lap

Visszaküldési cím:

Név: **NEW YORK DENTÁL Fogtechnikai és Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság**

Székhely, levelezési cím: **1135 Budapest, Frangepán utca 66/b.**

Partner adatai	
Név:	
Székhely:	
Azonosító szám:	
Termék(ek) adatai	
Termék(ek) megnevezése	
Termék(ek) vásárlásának időpontja	
A termék(ek) hibája:	
A hiba észlelésének időpontja:	
A termék(ek) visszaküldésének időpontja:	
Kérem a kellékszavatossági igényem megvizsgálását és a hibás termék(ek) kicserélését: <input type="checkbox"/>	
A hibátlan termék(ek)et visszaküldöm kellékszavatossági igény nélkül: <input type="checkbox"/>	
Keltezés:	
Cégszerű aláírás:	