

.....
(miejsowość, data)

Usługodawca (Adresat): **Marta Dziekońska**
Gabinet psychologiczny
ul. Chopina 5a lok. 12, 72 – 600 Świnoujście
NIP: 8551583177, REGON: 321385046
adres e-mail: marta.anna.dziekonska@gmail.com

FORMULARZ REKLAMACYJNY

(konsument)

Niniejszym zawiadamiam, iż świadczona na moją rzecz **usługa**
w dniu [należy wskazać, jakiej usługi dotyczy reklamacja]
była świadczona niezgodnie z przyjętymi przez Usługodawcę zobowiązaniami.

Nieprawidłowości polegały na
.....
.....
..... [opis].

Nieprawidłowości zostały stwierdzone w dniu

Z uwagi na powyższe, **żądam**:

Numer rachunku bankowego do zwrotu środków:,
którego właścicielem jest

Imię i Nazwisko Użytkownika:
Adres:
Adres poczty elektronicznej e-mail:

.....
data i czytelny podpis

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Część dla Usługodawcy:

Protokół nr:
Sporządzony dnia:
Data wpłynięcia reklamacji:
Sposób rozpatrzenia reklamacji:
.....
.....

.....
data i czytelny podpis oraz pieczęć firmowa