

Reklamacja produktu | Product complaint

Wypełniony i podpisany formularz należy przesłać wraz z produktem, którego dotyczy zgłoszenie na adres:
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

SUN-FARM Sp. z o.o.
ul. Dolna 21
05-092 Łomianki
Polska

Dane kontaktowe | Contact details:

Jesteś | You are Użytkownik | User Farmaceuta | Pharmacist
 Hurtownik | Wholesaler Personel medyczny lub szpitalny | Physician or hospital staff

Zwrot grzecznościowy | Salutation Pan | Mr. Pani | Ms. Dr. | Title

Nazwisko | Last name Imię | First Name

Nazwa firmy | Company

Ulica | Street

Miasto | City Kod pocztowy | ZIP

Numer telefonu | Phone Biuro | Office Dom | Home

E-mail | E-Mail

Kompensata zostanie dokonana w oparciu o okres gwarancji prawnej (maksymalnie w ciągu 2 lat od daty zakupu).
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Dotyczy aptek/hurtowników: | Applicable for pharmacies/wholesalers:

Proszę załączyć dokument dostawy (kopię). | Please attach the delivery note (copy).

Dotyczy klientów: | Applicable for customers:

Proszę załączyć rachunek (kopię). | Please attach the bill (copy).

Nazwa produktu | Product name

Numer serii* | Lot no.*

Sprawdź na naszej stronie jak znaleźć numer serii | Please check on our website how to find the lot number.

Proszę dokładnie opisać problem | Please describe the problem exactly

Data | Date

Podpis | Signature