



ABAKS Adam Długosz
Gdańska 82
83-032 Skowarcz

_____ , _____

Miejscowość, Dnia

Reklamacja

Numer Klienta (ID): _____

Imię i Nazwisko/Nazwa reklamującego: _____

Imię i Nazwisko/Nazwa

Imię i Nazwisko zgłaszającego reklamację: _____

Imię i Nazwisko:

Adres Zameldowania/Siedziba firmy: _____

Ulica, Miejscowość, Kod Pocztowy

Umowa nr: _____ z dnia: _____

Data Aktywacji Usługi: _____

Przedmiot reklamacji (doprecyzuj reklamowany okres):

Okoliczności uzasadniające reklamację:

Wysokość kwoty odszkodowania lub innej należności: _____

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia reklamacji proszę o:

a) przelanie kwoty odszkodowania/należności na konto: _____

Nr Konta Bankowego

b) wypłatę odszkodowania/należności: _____

Inne sposób zwrotu odszkodowania/należności

c) zaliczenie odszkodowania/należności na poczet przyszłych płatności.

czytelny podpis