P R O T O K Ó Ł Z G Ł O S Z E N I A R E K L A M A C J I N R . . . / 2 0 . .	DATA SPORZĄDZENIA: …….. (data i podpis) DATA WYSŁANIA: ..... (data i podpis)
DATA DOSTARCZENIA TOWARU DO MAGAZYNU PO REKLAMACJI: ……. (data i podpis)	
ADRESAT:	ZGŁASZAJĄCY REKLAMACJĘ: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie 70-515 Szczecin, ul. Małopolska 47 NIP: 85103096 92 REGON: 810903040
OBOWIĄZKI WYKONAWCY UMOWY NR …… Z DNIA ……., DOT. POZYCJI ……	
MIEJSCE DOSTARCZENIA ARTYKUŁU/ASORTYMENTU:	
ZAKUP UDOKUMENTOWANY FAKTURĄ:	
PRZYCZYNY REKLAMACJI – OPIS WADY PRODUKTU: PROPONOWANY SPOSÓB ZAŁATWIENIA REKLAMACJI: OPRACOWAŁ: ..... (podpis)	