

## PROTOKÓŁ REKLAMACYJNY Nr

CERAMIKA SANITARNA

Data ..... Partner Handlowy ..... Adres ..... tel/fax .....

Lp.	Nazwa wyrobu	Kod wady	Nr Sort.	Nr odlew.	Data odlania	Propozycja załatwienia reklamacji	Nr zamówienia/faktury	Uwagi	Uwagi DOP
1									
2									
3									
4									
5									

\* Reklamacje będą rozpatrywane zgodnie z procedurą reklamacyjną CERSANIT S.A.

**Data, pieczęć i czytelny podpis Partnera Handlowego**

**Data i podpis Przedstawiciela CERSANIT S.A.**