

Nr reklamacji/Complaint no.:

UZUPEŁNIA POSH/TO BE COMPLETED BY POSH LASHES

POSH LASHES

PROFESSIONAL

FORMULARZ REKLAMACYJNY - DYSTRYBUCJA COMPLAINT FORM - DISTRIBUTION

UZUPEŁNIA DYSTRYBUTOR/TO BE COMPLETED BY DISTRIBUTOR

Imię i nazwisko/Name:
Telefon/Phone:
E-mail:

Nazwa firmy i pieczętka/Company's name & stamp

PRODUKTY/PRODUCTS

OPIS WADY/DESCRIPTION OF THE DEFECT

PRODUKTY/PRODUCTS	OPIS WADY/DESCRIPTION OF THE DEFECT

Dział reklamacji: reklamacje@poshlashes.com
Complaints department: reklamacje@poshlashes.com

.....
DATA I PODPIS/ DATE & SIGNATURE