

**DARIUSZ WILISOWSKI NZOZ**  
**CENTRUM STOMATOLOGII LUXDENTICA**  
ul. Lubostroń 22G lok. 7  
30-383 Kraków  
email: sklep@kupszubu.pl  
tel.: +48 731 704 731

....., dnia .....

**Imię i nazwisko konsumenta (-ów):** .....  
**Adres konsumenta (-ów)** .....

### Reklamacja towaru

Niniejszym zawiadamiam, iż zakupiony przeze mnie w dniu ..... produkt .....  
..... jest wadliwy.

Wada polega na:

.....  
.....

Wada została stwierdzona w dniu .....

Z uwagi na powyższe, na podstawie ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny żądam:

- wymiany towaru na nowy na podstawie art. 561 § 1 Kodeksu Cywilnego \*)
- nieodpłatną naprawę towaru na podstawie art. 561 § 1 Kodeksu Cywilnego \*)
- obniżenia ceny towaru o kwotę ..... (słownie:  
.....) zł. Proszę o zwrot podanej kwoty  
na konto ..... / przekazem  
pocztowym na mój adres na podstawie art. 560 § 1 Kodeksu Cywilnego \*)
- odstępuję od umowy i proszę o zwrot ceny towaru na konto  
..... / przekazem pocztowym na mój  
adres na podstawie art. 560 § 1 Kodeksu Cywilnego \*

Z poważaniem

.....

\*niepotrzebne skreślić