FORMULARZ REKLAMACYJNY

DATA WPŁYNIĘCIA: …..... L.DZ.....

IMIĘ I NAZWISKO: …..... TELEFON: …....

ADRES ZAM./KORESP.: …....

NR OPŁATY DODATKOWEJ: …....

KWOTA ROSZCZENIA: .....

NR KONTROLERA: …..... NR WOZU: …..... NR LINII: …....

UZASADNIENIE:

…....

.....

.....

.