



auto-partner

AUTO-PARTNER HOLDING
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SP. K.
ul. Subisława 50, 80-354 Gdańsk, NIP: 5842731959
tel. (058) 557 75 06, (58) 557 86 80
reklamacje@autopartner.pl, www.autopartner.pl

| ZGŁOSZENIE GWARANCYJNE | | | NR SYSTEMOWY |
|--|----------------------------|---|------------------------------|
| Reklamujący (nazwa, imię, nazwisko, adres, e-mail, telefon) <input type="checkbox"/> firma <input type="checkbox"/> osoba prywatna (konsument) | | | |
| Rodzaj i nr dok. zakupu | Data zakupu | Indeks i nazwa reklamowanej części | Ilość |
| Nr rejestracyjny pojazdu | Kod silnika | Nr nadwozia (VIN) | |
| Marka, model, typ pojazdu | Rok produkcji | Pojemność silnika []cm ³ <input type="checkbox"/> benzyna <input type="checkbox"/> diesel | |
| Kto montował część: <input type="checkbox"/> użytkownik <input type="checkbox"/> warsztat (nazwa warsztatu, adres, telefon) | | | |
| Data montażu | Stan licznika przy montażu | Data demontażu | Stan licznika przy demontażu |
| Kto stwierdził usterkę? <input type="checkbox"/> użytkownik <input type="checkbox"/> warsztat | | Kiedy stwierdzono usterkę? <input type="checkbox"/> przed montażem <input type="checkbox"/> w trakcie montażu <input type="checkbox"/> w trakcie eksploatacji <input type="checkbox"/> po kolizji | |
| Powód reklamacji (dokładny opis) | | | |
| Kto demontował część? <input type="checkbox"/> użytkownik <input type="checkbox"/> warsztat (nazwa warsztatu, adres, telefon) | | | |
| W przypadku uznania reklamacji proszę o: <input type="checkbox"/> wymianę towaru na nowy <input type="checkbox"/> zwrot gotówki/korektę zakupu | | | |
| Termin rozpatrzenia reklamacji zgodnie z Warunkami Gwarancji, wynosi 30 dni. Jednocześnie informujemy, że termin ten jest uzależniony od szybkości działania Działu Kontroli Jakości producenta części i może on zostać wydłużony do terminu dłuższego. Jeśli taka sytuacja zaistnieje – zostaną Państwo o tym specjalnie poinformowani. | | | |
| Wyrażam zgodę na dłuższy termin rozpatrzenia reklamacji niż wynika z w/w podstawy umownej oraz na telefoniczne/mailowe poinformowanie o wyniku zgłoszonej reklamacji. | | | |
| <input type="checkbox"/> Akceptuję warunki gwarancji | | | |
| Miejscowość, data zgłoszenia | | Imię i nazwisko, podpis reklamującego | |
| Data odbioru przez pracownika AP | | Imię i nazwisko przyjmującego zgłoszenie (pracownik AP) | |

Dla prawidłowego przyjęcia reklamacji niezbędne jest wypełnienie **wszystkich rubryk formularza.**

Wypełnia AP