|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Polski Komitet Normalizacyjny**  **Wydział Certyfikacji**  **00-050 Warszawa ul. Świętokrzyska 14**  **www.pkn.pl**  **WYPEŁNIA KLIENT**  **tel. 22 55 67 613, fax 22 55 67 420**  [wcrsekr@pkn.pl](mailto:wcrsekr@pkn.pl) | | | ……......................................., dn. ........................................  Zgłoszenie reklamacji | | | |
| Zgłaszający reklamację /\*( niepotrzebne skreślić):   * firma * osoba prywatna | | NIP | | | Dane adresowe | |
| Nazwa reklamowanego produktu/usługi ………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| Nr faktury VAT lub inny dowód zakupu…………………………………data wystawienia faktury VAT………………………. | | | | | | |
| Dokładny opis wady reklamowanego produktu/usługi | | | | | | |
| PRZYJĘCIE REKLAMACJI  **WYPEŁNIA PKN**  **REKLAMACJA**  Data wpływu **nr W…..- 0472/ / /RE** imię i nazwisko dyrektora KO PKN | | | | | | |
| ROZPATRYWANIE REKLAMACJI  Opis sposobu działania imię i nazwisko pracownika PKN, data | | | | | | |
| **ODPOWIEDŹ NA REKLAMACJĘ** | | | | | | |
| ……………………………… | ……………………………… | | | ……………………………… | | ……………………………… |
| podpis pracownika odpowiedzialnego  za załatwianie reklamacji | data | | | podpis i pieczęć dyrektora  KO PKN | | data |

\* **UWAGA – (dot. osoby prywatnej)**: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zakupów (zgodnie z *Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883 tekst jednolity).*  
Oświadczam, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 4 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych zostałem(-am) poinformowany(-a) o tym, że administratorem danych jest PKN, ul. Świętokrzyska 14, 00-050 Warszawa; dane są zbierane w celu informowania o wydarzeniach i nowych produktach PKN; przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania; podanie tych danych było dobrowolne.  
- **AKCEPTUJĘ** …………………………………