**Formulário de reclamação**

Número da encomenda (Fatura)……………………………………………………………………………………………………….
Nome e apelido do cliente / Empresa:………………………………………………………………………………………………..
Nº. de tel.: …………………………………….E-mail:……..…………………………………………………………………………………..
NIB: ……………………………………………………………………………………………………………….

**Preencha a tabela, por favor** *Para a reclamação indique, por favor, um número de 1 - 7 (escolha o código na caixa abaixo). Para o despacho pretendido indique, por favor, a), b) ou c) conforme* ***Modo de despacho da reclamação****.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código de reclamação** | **Nome do produto** | **Un.** | **Modo de despacho** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Motivo de reclamação:**

|  |
| --- |
| 1. Vaporizador(doseador) não funciona |
| 2. Produto danificado, motivo: |
| 3. Encomenda não completa |
| 4. Artigo mal enviado |
| 5. Qualidade do produto não corresponde |
| 6. Menor conteúdo do produto  |
| 7. Outro: |

**Modo de despacho da reclamação:**

|  |
| --- |
| A) Envio do novo produto |
| B) Reembolso |
| C) Cupão no valor do artigo reclamado (validade durante 1 ano desde a data de emissão) |

**Morada de entrega para o novo produto (se for diferente à da encomenda original):**Nome e apelido: ………………………………………………………………………….
Morada:…………………………………………………………………………………………..
Localidade:………………………………………………………C.P.:………………………….
Contacto (tel., email):………………………………………………………………………