**FORMULARIO DE RECLAMACIONES**

A la atención de:

MARIA JOSÉ SEGARRA RÚA

Avenida Compromiso De Caspe 29 - 50002 ZARAGOZA.

Teléfono: 976429339

Email: hola@farmaciasegarrarua.es

| **PRODUCTO / SERVICIO** | **REFERENCIA** |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN:**

| Número de pedido: |  |
| --- | --- |
| Fecha de pedido: | Recepción del pedido: |

**DATOS DEL RECLAMANTE**

Nombre y apellidos:

CIF/NIF/NIE:

Domicilio:

Teléfono:

Email:

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ .

Firma: