



By maksymalnie usprawnić proces reklamacji, wypełnij poniższe pola poprawnymi danymi. Następnie zapisz formularz i wydrukuj. Po jego podpisaniu, włóż go do paczki razem z produktami. / To improve the complaint process, fill in the fields below with the correct data. Then print the form and put it in the package with the products.

IMIĘ I NAZWISKO ORAZ PEŁNY ADRES PRZYPISANY DO RACHUNKU/ NAME, SURNAME AND ADDRESS AGREED TO THE ACCOUNT:

[illegible]

***Adres zwrotny** /Return address: MED MILES SP ZOO Postępu 19, 02-676 Warszawa, Poland