



Formularz reklamacji

dotyczący w szczególności powstawania reakcji nietolerancji skórnych bądź reakcji alergicznych na kosmetyk

Warunkiem rozpatrzenia reklamacji jest wypełnienie załączonego formularza i odesłanie go wraz z reklamowanym kosmetykiem. Przetwarzanie danych osobowych następuje wyłącznie dla celów rozpatrzenia reklamacji.

1. Dane kontaktowe klientki / klienta:

Dane adresowe osoby składającej reklamację	
Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon	
e-mail	
Dane punktu sprzedaży	

2. Reklamowany/e Kosmetyk/i (prosimy o zwrot z niniejszym kwestionariuszem)

Nazwa kosmetyku	Objętość	Numer serii	Data zakupu

3. Czy wybór kosmetyku był konsultowany ze sprzedawcą?

- Tak
 Nie (, ale)
-

4. Objawy nietolerancji skórnej

4.1 Opis rodzaju nietolerancji

.....

.....

4.2 Związek czasowy pomiędzy wystąpieniem reakcji nietolerancji na kosmetyk, a zastosowaniem preparatu.

- dolegliwości wystąpiły bezpośrednio po zastosowaniu preparatu.
 po 1-2 dniach stosowania
 po kilku dniach
 po kilku tygodniach



4.3 Czy kosmetyk został zastosowany po raz pierwszy?

- Tak
- Nie
- Używam tego kosmetyku od dawna

4.4 Czy reakcję nietolerancji skórnej można jednoznacznie powiązać z zastosowaniem jednego z kosmetyków Dr. Hauschka (proszę uwzględnić związek z użyciem innych kosmetyków, pożywienia lub zmianą trybu życia)

- Tak
-
- Nie

4.5 Czy skorzystała Pani / skorzystał Pan z porady lekarskiej? Jeśli tak to czy została stwierdzona nietolerancja lub reakcja alergiczna na kosmetyk?

O ile to możliwe, prosimy przedłożyć opinię lekarską.

- Tak, dermatologa
- Nie stwierdzono alergii
- Tak, lekarza internisty
- Potwierdzono reakcję alergiczną
- Nie

4.6 Czy wcześniej stwierdzono u Pani / Pana alergię na konkretne substancje?

- Tak, alergia na
-
- Nie

5. Inne powody reklamacji

6. W jakiej formie życzy sobie Pani / Pan otrzymać rekompensatę?

Zwrot ceny kosmetyku czy wymiana na inny kosmetyk?

.....

.....
Data i podpis Klientki /ta

Prosimy o dostarczanie reklamowanego/y Kosmetyku/ów wraz z wypełnionym formularzem na adres importera:

POMMARD Marta Kozłowska
ul. Ogrodowa 27/29, Kielpin
05-092 Łomianki

W przypadku pytań i wątpliwości jesteśmy do Państwa dyspozycji pod numerem **telefonu 22 751 36 88** od poniedziałku do piątku **w godzinach 8:30 - 16:30**.

Dziękujemy za zrozumienie i okazaną współpracę. Formularz służy optymalizacji systemu informacji o reakcjach nietolerancji i alergii skórnych. Państwa reklamacja zostanie rozpatrzona w przeciągu 14 dni.