

_____	_____
dane konsumenta (imię i nazwisko/nazwa, adres)	miejscowość i data

**Zgłoszenie reklamacyjne dotyczące płatności nr ..... /.....**

**Zamek Królewski w Warszawie – Muzeum**  
**Rezydencja Królów i Rzeczypospolitej**  
 fax 22 35 55 346  
 e-mail: [esklep@zamek-krolewski.pl](mailto:esklep@zamek-krolewski.pl)  
 Plac Zamkowy 4, 00-277 Warszawa

Imię i nazwisko reklamującego	
Adres korespondencyjny / e-mail	
Numer transakcji	
Data transakcji	
Data stwierdzenia nieprawidłowości	
Kwota transakcji / kwota reklamowana	
Powód reklamacji	

W przypadku uwzględnienia reklamacji, zwrot reklamowanej kwoty nastąpi w ten sam sposób, w jaki została dokonana płatność. W przypadku braku zgody na taką formę zwrotu reklamowanej kwoty, wyrażam zgodę na zwrot reklamowanej kwoty na konto bankowe o numerze .....

.....

_____	_____
podpis reklamującego	podpis sprzedawcy

