

FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI

adres pocztowy: ul. Janka Wiśniewskiego 13, 81-335 Gdynia

e-mail: claim@lenmargroup.pl

DANE:

Imię i nazwisko osoby lub nazwa składającego reklamację:	Imię i nazwisko osoby do kontaktu po stronie reklamującego:
Adres składającego reklamację:	Adres e-mail:
	Stanowisko:
NIP: _____ REGON: _____	Tel. Kontaktowy: _____ Nr faxu: _____

DANE IDENTYFIKACYJNE REKLAMOWANEJ PRZESYŁKI:

Nr zlecenia:	Rodzaj i nr dokumentu przewozowego:
--------------	-------------------------------------

KWOTA ROSZCZENIA (NETTO):

Wartość i waluta:

RODZAJ USŁUGI PRZESYŁKI:

- Transport drogowy krajowy
 Transport drogowy międzynarodowy
 Transport morski
 Transport lotniczy
 Inne:

TYTUŁ REKLAMACJI:

- Uszkodzenie przesyłki
 Nieterminowa dostawa
 Całkowity brak przesyłki
 Częściowy brak przesyłki
 Inne:

UBEZPIECZENIE:

Waga brutto uszkodzonego lub brakującego towaru przy usługach międzynarodowych:

OPIS REKLAMACJI/ SZKODY:

--

DOKUMENTY WYMAGANE DO ZGŁOSZENIA REKLAMACJI:

- Oryginał dokumentu przewozowego (Dowód Nadania, Krajowy List Przewozowy, CMR)
 Dokumenty potwierdzające wysokość roszczenia (kopia faktury handlowej)
 Protokół szkody podpisany przez odbiorcę i kierowcę (oryginał)
 Inna dokumentacja potwierdzająca fakt wystąpienia i zakres szkody, w tym fotodokumentacja z datą i godziną ich wykonania

BRAK POWYŻSZYCH DOKUMENTÓW BĘDZIE SKUTKOWAĆ NIE ROZPATRZENIEM REKLAMACJI!

W PRZYPADKU UZNANIA REKLAMACJI, NALEŻNOŚĆ PRZEKAZAĆ NA KONTO:

Nazwa banku::	Nr konta bankowego:
---------------	---------------------

DATA ZGŁOSZENIA:

--

PODPIS SKŁADAJĄCEGO REKLAMACJĘ:

--

PIECZĄTKA SKŁADAJĄCEGO REKLAMACJĘ

--

UWAGA:

* spisanie protokołu szkody podpisanego przez kierowcę i Klienta jest podstawą do rozpatrzenia reklamacji, nie oznacza jednak wniesienia reklamacji

LENMAR Sp. z o.o. Sp. K.

ul. Janka Wiśniewskiego 13 81-335 Gdynia

+48 58 621 10 36 | www.lenmargroup.pl | info@lenmargroup.pl

NIP: 958-167-98-24 | REGON: 367102207 | KRS: 0000674648