

Przesłano do BOS dnia..... \* pola wymagane

(wypełnia skład lub PROD)

**Zgłoszenie reklamacyjne A Nr(NND).....** (nadaje BOS)

\*dotyczy ..... / ..... / .....  
(wypełnia odbierający opakowanie) Odbiorca/skład NR SAP      data odebrania od Odbiorcy RR-MM-DD      nr kolejny w dniu

(wypełnia zgłaszający)

\* Nazwa firmy/NIP: .....

Adres firmy: .....

\* Imię i nazwisko / telefon: .....

\* Adres e mail .....

**REKLAMOWANY WYRÓB**

**GAZ W OPAKOWANIU PRZENOŚNYM**

OPAKOWANIE:     MESSER     KLIENTA

Butla

POJ. (L): .....

Wiązka

RODZAJ: .....

Zbiornik kriogeniczny

\* Nr fabryczny opakowania lub numer z naklejki

\* czy opakowanie było  
zaplombowane przed  
stwierdzeniem wady

tak

nie

\*Nr produktu:.....

Nazwa produktu: .....

\* Nr partii

(dla gazów spoż.) .....

\* Data dostawy/Nr Dowodu wydania .....

Reklamowana ilość:.....  SZT     KG

**INNE**

Nr produktu:.....

Nazwa produktu: .....

**OPIS REKLAMACJI / UWAGI**

\* **Nieprawidłowość:**  
(zaznacz właściwe pole i opisz)

butle niepełne

butle puste

zawór butli uszkodzony

Dodatkowy opis reklamacji:

jakość gazu

inne

UWAGA: opakowania puste lub uszkodzone nie podlegają zwrotowi.    \*Podpis zgłaszającego(czytelnie).....

**Pola poniżej wypełnia skład lub przewoźnik**

\* Sposób przekazania do MP:

skład .....

przewoźnik MP

klient do zakładu MP

\*Miejsce dostawy do MP:     Chorzów     Środa Śl.     Police

\*Miejsce napełnienia(na opakowaniu):     Ch     ŚŚ     P     KK

Reklamowany produkt przyjęto	imię i nazwisko (czytelnie):	SKŁAD	Podpis (1)
Przewoźnik	imię i nazwisko (czytelnie):	Data	Podpis (2)
Brygadzysta w Zakładzie MP	imię i nazwisko (czytelnie):	Data	Podpis (3)
PROD	imię i nazwisko (czytelnie):	Data	Podpis (4)
Przewoźnik	imię i nazwisko (czytelnie):	Data	Podpis (5)
Brygadzysta w Zakładzie MP	imię i nazwisko (czytelnie):	Data	Podpis (6)
PROD	imię i nazwisko (czytelnie):	Data	Podpis (7)