

Szanowny Kliencie ,

W trosce o Twoje zdrowie i bezpieczeństwo prosimy o zgłaszanie przypadków działań niepożądanych, które wystąpiły po zastosowaniu naszych kosmetyków.

Nasze kosmetyki spełniają najwyższe standardy jakości i bezpieczeństwa nie mniej jednak z uwagi na naszą ludzką bioróżnorodność mogą powodować podrażnienia, reakcje alergiczne lub inne niepożądane działanie. Takie reakcje są indywidualnie, zależne od organizmu i wywoływane są przez różne czynniki nie tylko przez składniki kosmetyków, ale także przez składniki pożywienia, pyłki roślin, roztocza lub sierść zwierząt. Należy, więc obserwować swoje ciało po zastosowaniu kosmetyków, a w przypadku silnego podrażnienia skontaktować się lekarzem dermatologiem i bezzwłocznie poinformować nas o tym wykorzystując poniższy formularz zgłoszeniowy.

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Należy przesać na adres Firmy lub adres mailowy:  
[reklamacje@indigo-nails.com](mailto:reklamacje@indigo-nails.com)

| CZĘŚĆ 1 – DANE KLIENTA  |  |
|---|--|
| IMIĘ I NAZWISKO   |  |
| ADRES   |  |
| WIEK  |  |
| PŁEĆ  |  |
| NUMER TELEFONU  |  |
| ADRES MAILOWY   |  |
| CZĘŚĆ 2 – DANE PRODUKTU O DZIAŁANIU NIEPOŻĄDANYM                        |  |
| NAZWA PRODUKTU  |  |
| NUMER SERII /PARTII   |  |
| TERMIN PRZYDATNOŚCI   |  |
| MIEJSCE ZAKUPIENIA  |  |
| JEŚLI POSIADASZ DOWÓD ZAKUPU – DOŁĄCZ GO, UŁATWI NAM TO IDENTYFIKACJĘ . |  |
| CZĘŚĆ 3 - OPIS DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO                                  |  |
| DATA WYSTĄPIENIA<br>OBJAWÓW   |  |
| CZAS OD APLIKACJI<br>KOSMETYKU  |  |
| MIEJSCE APLIKACJI:  | <input type="checkbox"/> PŁYTKA PAZNOKCIA <input type="checkbox"/> DŁONIE<br><input type="checkbox"/> CIAŁO <input type="checkbox"/> STOPY<br><br>Inne: .....<br>..... |
| OPIS OBJAWÓW:   |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>CZY PRODUKT BYŁ<br/>UŻYTY PO RAZ<br/>PIERWSZY?</b>                  |   |
| <b>CZY KLIENT MA<br/>SKŁONNOŚCI DO<br/>REAKCJI<br/>UCZULENIOWYCH ?</b> |   |
| <b>OPIS POSTĘPOWANIA<br/>PO STWIERDZENIU<br/>REAKCJI SKÓRNEJ</b>       |   |
| <b>CZĘŚĆ 4 - WYNIK KONSULTACJI Z SPECJALISTA / OPINIA LEKARSKA</b>     |   |
| <b>CZY KLIENT ZASIĘGNAŁ<br/>PORADY U LEKARZA<br/>SPECJALISTY?</b>      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>DATA KONSULTACJI</b>  |   |
| <b>MIEJSCE KONSULTACJI</b>   |   |
| <b>OPINIA LEKARSKA</b>   |   |
| <b>CZY ZASTOSOWANO<br/>LECZENIE<br/>FARMAKOLOGICZNE?</b>               | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

DATA :

PODPIS :