

FORMULARZ ZAMÓWIENIA

Twoje dane		Inny adres dostawy <input type="checkbox"/>	Chcę otrzymywać fakturę VAT <input type="checkbox"/>
Imię	<input type="text"/>	Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Firma (opcjonalnie)	<input type="text"/>	Firma (opcjonalnie)	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Ulica	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu/lok.	<input type="text"/>
Nr domu/lok.	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miasto	<input type="text"/>
Miasto	<input type="text"/>	NIP	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Nazwa produktu	Indeks (kod) części	Ilość	Cena/szt.
1			
2			
3			
4			
5			

Mam dodatkowe uwagi

Forma dostawy

[WYMAGANE] ZGODA E-FAKTURA

Wyrażam zgodę na wystawienie i przesyłanie faktury w formie elektronicznej

Forma płatności

[WYMAGANE] ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych KJL Poland Krzysztof Romaniuk z siedzibą przy ul. S.B. Lindego 12/13

[WYMAGANE] REGULAMIN

Zapoznałem się z Regulaminem Serwisu i akceptuję jego treść

Podanie danych osobowych oznaczonych jako wymagane jest dobrowolne jednak konieczne w celu Rejestracji w serwisie internetowym oraz w celu realizacji Zamówień. Dane mogą być przekazywane podmiotom współpracującym z KJL POLAND KRZYSZTOF ROMANIUK w celu realizacji zamówień (np.: kurierzy). Administratorem danych osobowych jest KJL POLAND KRZYSZTOF ROMANIUK (właściciel marki Klinika AGD.pl) z siedzibą przy ul. S.B. Lindego 12/13, 01-954 Warszawa. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawienia.



Wypełnia sklep:

NR. ZAM.

KWOTA WPLAĆONA:



INSTRUKCJA ZAMAWIANIA E-MAILEM

JEŻELI WYBRANO PRZEDPŁATĘ

- [KROK 1] WYPEŁNIJ FORMULARZ ELEKTRONICZNIE lub WYDRUKUJ I WYPEŁNIJ RĘCZNIE
- [KROK 2] ZAPISZ FORMULARZ I WYŚLIJ DO NAS E-MAILEM lub ZESKANUJ I WYŚLIJ JAKO ZAŁĄCZNIK NA ADRES: BOK@KLINIKAAGD.PL
- [KROK 3] PO SPRAWDZENIU PRZEŚLEMY E-MAILEM POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZAMÓWIENIA DO REALIZACJI
- [KROK 4] OPŁAĆ ZAMÓWIENIE W CAŁOŚCI (ŁĄCZNIE Z KOSZTAMI WYSYŁKI)

Dane do wpłaty:

KlinikaAGD.pl
ul. Mory 12
01-303 Warszawa

Numer konta : 05 1050 1025 1000 0091 4912 8754

Tytuł przelewu: adres e-mail + imię i nazwisko (Prosimy nie wpisywać nic więcej)

* jeżeli chcesz otrzymać fakturę Pro Formę do rozliczenia poinformuj o tym obsługę w wiadomości e-mail do której dołączasz zamówienie.

** po wysłaniu przesyłki otrzymasz e-mailem numer paczki oraz e-fakturę

JEŻELI WYBRANO POBRANIE

- [KROK 1] WYPEŁNIJ FORMULARZ ELEKTRONICZNIE lub WYDRUKUJ I WYPEŁNIJ RĘCZNIE
- [KROK 2] ZAPISZ FORMULARZ I WYŚLIJ DO NAS E-MAILEM lub ZESKANUJ I WYŚLIJ JAKO ZAŁĄCZNIK NA ADRES: BOK@KLINIKAAGD.PL
- [KROK 3] PO SPRAWDZENIU PRZEŚLEMY E-MAILEM POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZAMÓWIENIA DO REALIZACJI
- [KROK 4] OPŁAĆ ZAMÓWIENIE PRZY ODBIORZE PACZKI

* w przypadku pobrania nie ma możliwości wybrania opcji „Odbiór osobisty”

** po wysłaniu przesyłki otrzymasz e-mailem numer paczki oraz e-fakturę



Regulamin zakupu

Obowiązuje regulamin sklepu:

<http://www.klinikaagd.pl/pds/regulamin/>

Warunki polityki prywatności:

<https://www.klinikaagd.pl/pds/polityka/>

Obowiązek informacyjny:

<https://www.klinikaagd.pl/dokumenty/OBOWIAZEK-INFORMACYJNY-RODO-KONTO.pdf>



Termin realizacji zamówień

Czas oczekiwania na części zamienne zależy od ich dostępności w magazynie. Czas ten wynosi najczęściej od 1 do 7 dni maksymalnie 30 dni w przypadku braku części w magazynach w Polsce. Najczęściej termin realizacji to około 1-7 dni.

