FORMULARZ ZWROTU/WYMIANY TOWARU

ZWROT ◯ WYMIANA ◯

Imię i Nazwisko ……

Numer Zamówienia ………………………. Data Zamówienia ...…………………………………………………

Numer Paragonu …….

Nr Telefonu …………………………………… Adres e-mail ……………………………………………………………….

Zwracane pozycje

	Nazwa towaru	Ilość	Cena brutto	Przyczyna zwrotu/wymiany
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Numer konta oraz adres

Nr rachunku

Imię i Nazwisko …………………………………………………………….

Ulica ……………………………………………………………………………..

Kod Pocztowy / Miasto ……………………………………………………………

W przypadku gdy zamówiony produkt będzie nieodpowiedni mają państwo możliwość dokonania zwrotu zakupionego towaru w terminie 14 dni od daty jego otrzymania, pod warunkiem zwrotu towarów **nieużywanych**, **czystych, razem z oryginalnym opakowaniem**, oraz **dowodem zakupu** (paragon fiskalny lub faktura VAT) na adres:

Sklep Medyczny
Ul. Wikliniarska 2
56-400 Oleśnica
Tel. 539 505 080

Razem z odsyłanym towarem należy wysłać wypełniony niniejszy formularz oraz otrzymany rachunek. Prosimy pamiętać o starannym zapakowaniu przesyłki. Jednocześnie informujemy, że nie przyjmujemy żadnych przesyłek **odesłanych do nas za pobraniem.**

…………………………………………………………

(czytelny podpis klienta)

Agroland Aleksandra Ambroży - Lejczak
Gorzesław 36
56-420 Bierutów
NIP 9111823413

Tel.: +48 539 505 080
Email.: info@produktymedyczne24.pl
Www.: produktymedyczne24.pl