

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. 538 110 400

Razem z oсыłanym 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)