# 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. Ślężna 189/2**
**53-110 Wrocław**
**Tel. 662 202 201**

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

**Tel.:** +48 662 202 201
**Email.:** info@donjoy.pl / info@aircast..pl
**Www.:** donjoy.pl / aircast.pl