FORMULARZ ZWROTU TOWARU

NUMER ZAMÓWIENIA:..... DATA ZAMÓWIENIA:.....

NUMER FAKTURY/PARAGONU:.....

IMIĘ I NAZWISKO:.....

ADRES:.....

.....

TELEFON:..... EMAIL:.....

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:
(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

nazwa Banku:.....

Numer rachunku																									

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA BRUTTO	PRZYCZYNA ZWROTU

Uwagi Klienta:.....

.....

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

.....
(Czytelny podpis Klienta)

Team Prevent Poland Sp. z o.o. ul. Batorego 19, 43-200 Pszczyna tel.: +48 32 326 3008 fax: +48 32 447 0918 e-mail: office.poland@teamprevent.pl
www.teamprevent.pl