Tu proszę podpiąć paragon.

ORTO Ewelina Kurowska
ul. 11 Listopada 1,
05-300 Mińsk Mazowiecki
e-mail: sklep@ortosklepmedyczny.pl
reklamacje
Telefon: +48508519775

Miejscowość .....
dnia,.....

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Imię i nazwisko: .....

Adres zamawiającego: .....

.....

Telefon kontaktowy: ..... E-mail: .....

Numer zamówienia: ..... Data zamówienia: .....

Numer faktury/paragonu: .....

Proszę o zwrot gotówki na poniższy rachunek bankowy:

(zwrot jest możliwy jedynie na rachunek bankowy Klienta)

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA BRUTTO	PRZYCZYNA ZWROTU

Uwagi klienta:

.....

.....

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

.....

(czytelny podpis Klienta)