miejscowość i data……

FORMULARZ ZWROTU / WYMIANY TOWARU
(niepotrzebne skreślić)

Data otrzymania towaru: ……. Numer dokumentu sprzedaży: ……

Imię i nazwisko: ……

Adres:……..…….

…….

Telefon: ……. Email: …….

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA BRUTTO	PRZYCZYNA ZWROTU/WYMIANY

1. Wypełnić w przypadku zwrotu towaru

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

nazwa Banku: ……

Nr konta																									

2. Wypełnić w przypadku wymiany

Prosimy poniżej wpisać nazwę wzoru, kolor i rozmiar obuwia na jaki mamy wymienić:

……

……

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu/wymiany towaru określone w Regulaminie sklepu i że zwracany towar nie był nigdy użytkowany.

.....
(czytelny podpis Klienta)

Zwroty prosimy przesłać na adres:

MEDIBUT Zakład Produkcyjny
ul. Dąbrowskiego 45
93-177 Łódź