

FORMULARZ ZWROTU**DANE KLIENTA**

Nazwa firmy:

.....

Nip firmy:

.....

Imię i nazwisko osoby zwracającej przedmiot:

.....

Numer telefonu:

.....

INFORMACJE O PRODUKCIE

Nazwa i model zwracanego produktu:

.....

Numer faktury:

.....

Data złożenia zamówienia:

.....

Cena produktu:

.....

Przyczyna zwrotu:

.....

Nazwa i numer banku do zwrotu należności:

.....



Drogi Kliencie,

Informujemy iż od chwili otrzymania fizycznie zwracanego produktu przysługuje nam 14 dni roboczych na rozpatrzenie zwrotu.

.....
Podpis

Zwrot proszę kierować na adres: **Medyczny.eu, ul. Mickiewicza 40/8, 86-300 Grudziądz.**

