medee™

FORMULARZ ZWROTU

NR ZAMÓWIENIA: _____ DATA ZAMÓWIENIA: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____

NR TELEFONU: _____ ADRES EMAIL: _____

NAZWA PRODUKTU I ROZMIAR	CENA ZAKUPU

POWÓD ZWROTU : _____

_____

Jeżeli dokonałeś/aś płatności za pośrednictwem serwisu PayU zwrot zostanie dokonany za pośrednictwem serwisu.

Jeżeli dokonałeś/aś płatności za pobraniem, uzupełnij poniżej numer konta.

DATA: _____ PODPIS _____

Niniejszy dokument należy wydrukować, wypełnić i odesłać wraz z towarem (nowym, bez śladów użytkowania, z metkami) w terminie 14 dni od daty doręczenia bezpośrednio na adres:

ul. Firmowa 15, 83-000 Juszkowo. tel. 517 415 351

Zwroty realizowane są w ciągu 14 dni od daty przyjęcia towaru.