



FORMULARZ ZWROTU

NUMER ZAMÓWIENIA _____ POWÓD ZWROTU _____

NAZWA PRODUKTU _____

IMIĘ I NAZWISKO _____

ULICA NUMER DOMU _____

KOD POCZTOWY/MIEJSCOWOŚĆ _____

NUMER TELEFONU _____

NAZWA BANKU _____ KWOTA ZWROTU _____

NUMER KONTA _____

DATA _____ CZYTELNY PODPIS _____

WARUNKIEM ZWROTU JEST:

- DORĘCZENIE PARAGONU
- TERMIN ZWROTU NIE MOŻE PRZEKROCZYĆ 14 DNI OD DATY OTRZYMANIA PRZESYŁKI
- PRODUKT MUSI POSIADAĆ WSZYSTKIE METKI, ORAZ BYĆ W STANIE NIENARUSZONYM

DANE DO ZWROTU

SHECLOTHES

UL.CEGIELNIA 11

27-515 TARŁÓW