ORIMED

+48 502 274 647
+48 25 685 71 25
orimed@orimed.pl

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

NUMER ZAMÓWIENIA: ..... NUMER FAKTURY/PARAGONU: .....

NIP										

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

.....

TELEFON: ..... EMAIL: .....

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

nazwa Banku: .....

Numer rachunku																									

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	PRZYCZYNA ZWROTU

Uwagi Klienta: .....

.....

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

.....
(czytelny podpis Klienta)

ORIMED
ul. Króla Zygmunta Augusta 9
08-445 Osieck
tel. +48 25 685 71 25
orimed@orimed.pl
www.orimed.pl