

FORMULARZ ZWROTU TOWARU
(bez podania przyczyny)

NUMER ZAMÓWIENIA: DATA ZAMÓWIENIA:

NUMER FAKTURY/PARAGONU:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

.....

TELEFON: EMAIL:

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:

(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

Nazwa

Banku:

Nr konta																											
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA BRUTTO

Uwagi Klienta:

.....
.....
.....

Uwaga: Zwrot należy dokonać na adres:

Viteamed
ul. Św. Filipa 23/3
31-150 Kraków

.....

(czytelny podpis Klienta)