

Miejscowość i data:.....

FORMULARZ ZWROTU

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Data zamówienia:.....

Numer zamówienia lub numer faktury.....

Adres e-mail.....

Numer telefonu.....

Nazwa wymienianego lub zwracanego produktu.....

.....

.....

Numer rachunku bankowego do zwrotu:

.....

Powód wymiany/zwrotu.....

.....

Uwagi Klienta:.....

.....

Zwrot prosimy kierować na adres:

MEDITAL Dagmara Raczyńska

ul. Wolności 345/1003

41-800 Zabrze

Warunkiem przyjęcia zwrotu jest odesłanie nam zakupionego towaru bez śladów użytkowania.

Nie przyjmujemy przesyłek za pobraniem.

