

FORMULARZ WYMIANY/ZWROTU

IMIĘ I NAZWISKO

NUMER ZAMÓWIENIA

TELEFON/E-MAIL

TWÓJ ADRES (PRZY WYMIANIE)

TWÓJ NR KONTA (PRZY ZWROCIE)

DATA ZGŁOSZENIA WYMIANY/ZWROTU

POWÓD WYMIANY/ZWROTU

.....

.....

.....

ZWRACAM:

NAZWA PRODUKTU

KOLOR

ROZMIAR

NAZWA PRODUKTU

KOLOR

ROZMIAR

NAZWA PRODUKTU

KOLOR

ROZMIAR

WYMIENIAM NA:

NAZWA PRODUKTU

KOLOR

ROZMIAR

NAZWA PRODUKTU

KOLOR

ROZMIAR

NAZWA PRODUKTU

KOLOR

ROZMIAR

WYSYŁKA PRODUKTÓW Z FORMULARZEM
NA ADRES:
MUUV. UL. JULIANOWSKA 61
05-500 JÓZEFOSŁAW, POLSKA
ALTMASER LOGISTYKA (HANGAR 9)

OŚWIADCZAM, ŻE ZGODNIE Z USTAWĄ Z DN.
30.05.2014 O PRAWACH KONSUMENTA ODSTĘPUJĘ
OD UMOWY SPRZEDAŻY ZGODNIE Z W/W
ZAMÓWIENIEM, ZAWARTEJ W/W DNIA, PO
OTRZYMANIU ODE MNIĘ TOWARU PROSZĘ O
ZWROT NALEŻNEJ KWOTY NA W/W NR KONTA.

DATA I PODPIS KLIENTA

.....