



FORMULARZ ZWROTU
ODSTĄPIENIA OD UMOWY

ZWROT ZAMÓWIENIA NR _____

DATA ODBIORU TOWARU _____

POWÓD ZWROTU _____

IMIĘ I NAZWISKO _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

NR TELEFONU _____ E- MAIL _____

NAZWA TOWARU	ROZMIAR

NR KONTA _____

DATA _____ PODPIS _____

W PRZYPADKU CHĘCI ODSTĄPIENIA OD UMOWY SPRZEDAŻY NINIEJSZY FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ I ODESŁAĆ DO USŁUGODAWCY DROGĄ POCZTOWĄ W TERMINIE 14 DNI OD DORĘCZENIA TOWARU.

TOWAR (NOWY, BEZ ŚLADÓW UŻYWANIA) POWINIEN ZOSTAĆ ODESŁANY DO USŁUGODAWCY NA ADRES: UL. UŚMIECH 4, 05-410 JÓZEFÓW NIE PÓŹNIEJ NIŻ W TERMINIE 14 DNI OD ODSTĄPIENIA OD UMOWY SPRZEDAŻY.

ZWROTY REALIZOWANE SĄ DO 14 DNI OD DATY OTRZYMANIA PRZESYŁKI PRZEZ THERUBZ.PL