SKINLAB®

GABINET KOSMETOLOGII JOANNA MAŁEK-BARANOWSKA

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

NUMER ZAMÓWIENIA: .....

DATA ZAMÓWIENIA: .....

NUMER PARAGONU/FAKTURY: .....

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

TELEFON: .....

E-MAIL: .....

Proszę o zwrot wpłaty 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