FORMULARZ ZWROTU / WYMIANY TOWARU

(niepotrzebne skreślić)

Imię i Nazwisko:.....

Nr zamówienia:…….....

Data zamówienia: .....

Wartość zamówienia (bez kosztów wysyłki): .....

Nr telefonu kontaktowego: .....

e-mail: …….....

Powód zwrotu / wymiany (w przypadku wymiany podać dokładną nazwę towaru, rozmiar i kolor, na który ma zostać wymieniony)

……

……

Adres nabywcy

Imię i Nazwisko: …….....…….

Ulica i nr domu/mieszkania: .....……..

Kod pocztowy i miasto: …….....…….

DANE O RACHUNKU BANKOWYM

(ważne w przypadku zwrotu towaru)

Numer rachunku bankowego, na który mają zostać zwrócone pieniądze:

Nr konta:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:.....……....…….....

Pełny adres właściciela rachunku: ....……....…….....……....…….……

W przypadku, gdy zamówiony produkt będzie nieodpowiedni, mają Państwo możliwość dokonania zwrotu nieużywanych produktów w ciągu 14dni od daty otrzymania. Razem z odsyłanym towarem należy należy wysłać wypełniony formularz. Jednocześnie informujemy, że nie przyjmujemy paczek odesłanych do nas za pobraniem.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami zwrotu towaru zawartymi w profilu sprzedawcy oraz regulaminem sklepu.

……..

Data i podpis klienta

Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowego Stylu Życia Twoja Moc
ul. K. Iłłakowiczówny 14/1 , 60-789 Poznań
NIP 779-24-27-739 REGON 360654501
PKO Bank Polski S.A.
nr rachunku : 38 1020 4027 0000 1802 1289 5019