

FORMULARZ WYMAIANY

.....
imię i nazwisko klienta/nazwa firmy

.....
e-mail

.....
adres klienta

LP.	NR ZAMÓWIENIA	NAZWA PRODUKTU	POWÓD ZWROTU

Przypominamy, że zamówiony towar można zwrócić w ciągu 14 dni od momentu zakupu. Produkt należy odesłać w stanie nie obniżającym jego wartości handlowej z załączonym dowodem zakupu, przesyłką poleconą. Przesyłki pobraniowe nie będą odbierane. Towar powinien być zabezpieczony przez uszkodzeniem w czasie transportu.

Zwroty prosimy kierować na adres:

OPTOCARE Sp. z o.o.
Makuszyńskiego 18
31-752 Kraków

.....
data

.....
podpis klienta