

FORMULARZ ZWROTU

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

.....
e-mail

.....
adres klienta

.....
numer kontaktowy

.....
nazwa banku

.....
numer rachunku bankowego

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