miejscowość i data…….

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Data otrzymania towaru: ……..

Numer dokumentu sprzedaży:……

Imię i nazwisko: …….

…….

Adres:……

……

Telefon: ……..Email: ……

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:
(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

nazwa Banku: ……

Nr konta																								

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	PRZYCZYNA ZWROTU

Uwagi Klienta:
……

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu i że zwracany towar nie był nigdy użytkowany.

.....
(czytelny podpis Klienta)

Zwroty prosimy przesłać na adres:

4Dent Damian Wójcik
ul. Startowa 5 lok. 1
02-248 Warszawa
tel. 572 233 980
biuro@4dent.com.pl