

FORMULARZ ZWROTU



DATA ZAMÓWIENIA

____ / ____ / ____

NUMER ZAMÓWIENIA

I N F O R M A C J E

IMIĘ I

NAZWISKO:

ADRES:

NUMER TEL:

Email:

S Z C Z E G Ó Ł Y Z A M Ó W I E N I A

NAZWA TOWARU	KOLOR	ROZMIAR	CENA

NUMER KONTA DO
ZWROTU

Będziemy wdzięczni za
podanie przyczyny zwrotu:

ADRES DO ZWROTU:
BELLAMEDIC
UL. PLATANOWA 7A
62-030 LUBOŃ
NR TEL 735 986 049

BELLA  MEDIC

DZIĘKUJEMY ZA TWOJE ZAMÓWIENIE!
JEŚLI POSIADASZ PYTANIA CHĘTNIE NA NIE
ODPOWIEMY. 735 986 049