

MANUFATURA ZDROWIA SP. Z O.O.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY/ ZWROT /REKLAMACJA*

*pokręśl właściwe

Nr zamówienia.....

Nazwa produktu oraz ilość.....

Wartość zamówienia bez kosztów wysyłki.....

Wartość całkowitego zamówienia wraz z kosztami wysyłki.....

Powód zwrotu/wymiany/reklamacji*

.....

.....

ADRES KLIENTA

Imię i Nazwisko.....

Ulica i nr domu/mieszkania.....

Kod pocztowy i miasto.....

Nr telefonu.....

E- mail.....

DANE O RACHUNKU BANKOWYM

Numer rachunku bankowego, na który ma zostać dokonana wpłata

.....

Nazwa banku.....

Dane właściciela rachunku bankowego.....

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Warunkami odstąpienia od Umowy i Regulaminem.

Data

Podpis Klienta

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza (drukowanymi literami) i odesłanie wraz z towarem na adres:

MANUFATURA ZDROWIA SP. Z O.O.

ul. Piłsudskiego 27/1

43-300 Bielsko-Biała