DIVEMED Sp. z o.o.
58-500 Jelenia Góra
ul. Nowowiejska 81
NIP 611-281-87-95
tel.: +48 502-575-443

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Numer zamówienia: .....

Data zamówienia: .....

Numer faktury/paragonu: .....

Adres: .....

Telefon: .....

Mail: .....

Proszę o zwrot pieniędzy na rachunek bankowy

(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

Nazwa Banku: .....

Numer rachunku bankowego

Nazwa Towaru	Ilość	Cena Brutto	Przyczyna zwrotu

Uwagi Klienta: .....

.....

.....

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

.....
(czytelny podpis Klienta)