‘Druk ZWROTU TOWARU’ nr ……(wypełnia Orimed)

Miejscowość, data ……

NUMER ZAMÓWIENIA: ……. NUMER FAKTURY/PARAGONU: ……

NIP										

IMIĘ I NAZWISKO: ……

ADRES: ……

……

TELEFON: ……. EMAIL: ……

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

nazwa Banku: ……

Numer rachunku																									

L.P.	KOD PRODUKTU (REF)	NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	PRZYCZYNA ZWROTU

Oczekiwanie Klienta:

……

……

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.
Oświadczam, że narzędzia nie były używane i towar jest pełnowartościowy.

……
(czytelny podpis Klienta)

Uwagi pracownika Orimed (nr LOT):

ORIMED Martyna Jakubiak
ul. Króla Zygmunta Augusta 9
08-445 Osieck
tel. +48 25 685 71 25
orimed@orimed.pl
www.orimed.pl