FORMULARZ ZWROTU TOWARU

NUMER ZAMÓWIENIA:

IMIĘ I NAZWISKO:

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	PRZYCZYNA ZWROTU

WNOSZĘ O ZWROT ŚRODKÓW NA RACHUNEK BANKOWY

Nazwa Banku: .....
Numer rachunku bankowego:

Oświadczam, że znane są mi warunki zwrotu towaru określane w Regulaminie Sklepu.

….....
(czytelny podpis Klienta)

Adres do wysyłki zwrotów:
The Academy Of Regenerative Medicine
Plac Dworcowy 2G
58-160 Świebodzice