

FORMULARZ ZWROTU/WYMIANY

(*niepotrzebne skreślić)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:.....

Nazwa użytkownika:

Adres e-mail:

ZWROT

Zwracany towar:

Data zakupu:

WYMIANA

Proszę o wymianę towaru na: identyczny/w tej samej cenie/za dopłatą

.....
.....
.....

Powód zwrotu/wymiany

.....
.....
.....

(*niepotrzebne skreślić)

Proszę o zwrot pieniędzy na rachunek bankowy:

Właściciel rachunku bankowego:.....

Adres właściciela rachunku:.....

Nazwa banku:.....

Numer rachunku bankowego:.....

Zapoznałem/łam się z regulaminem sklepu internetowego Ortopedyczny24.pl i zasadami dokonywania zwrotów.

.....

Czytelny podpis

Towar w oryginalnym opakowaniu należy zwrócić na adres: ul. Kalwaryjska 69, 30-504 Kraków. Niniejszy formularz należy wypełnić, podpisać i dołączyć do zwracanego towaru. Do przesyłki należy dołączyć dowód zakupu (paragon lub faktury), który otrzymali Państwo w mailu. Zwroty towaru bez paragonu nie będą uwzględniane. Prosimy poinformowanie nas drogą mailową lub telefonicznie o zwrocie i wymianie.