

FORMULARZ WYMIANY TOWARU

DANE KUPUJĄCEGO:

- Imię i nazwisko:
- Adres:
- Numer telefonu:
- Adres e-mail:

INFORMACJE O ZAKUPIE:

- Numer zamówienia:
- Data zakupu:
- Data otrzymania produktu:

INFORMACJE O WYMIENIANYM PRODUKCIE:

- Nazwa i opis produktu (kolekcja, rozmiar, kolor, dopasowanie do inhalatora, ilość):....
.....
.....
.....

NA JAKI PRODUKT MA ZOSTAĆ DOKONANA WYMIANA:

- Nazwa i opis produktu (kolekcja, rozmiar, kolor, dopasowanie do inhalatora, ilość):....
.....
.....
.....

AKCEPTACJA WARUNKÓW WYMIANY: Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z warunkami wymiany określonymi w Polityce i akceptuję je. Potwierdzam, że zwracany produkt jest w stanie nienaruszonym i nie był używany do inhalacji.

Podpis Kupującego: Data: