

ADAMMED

Formularz zwrotu towaru

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon:

Email:

Numer zamówienia:

Data zamówienia:

Numer faktury / paragonu:

Przyczyna zwrotu (dobrowolnie):

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy

--

Należące do:

Oświadczam, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. 2014 poz. 827) odstępuję od umowy.

Zwracany przeze mnie towar jest w nienaruszonym stanie oraz nie był używany.

.....
(miejscowość, data) (podpis)