



## FORMULARZ ZWROTU

Dotyczy zamówienia numer/z dnia:.....

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Imię i nazwisko          |  |
| Ulica                    |  |
| Kod pocztowy miejscowość |  |
| e-mail   nr tel.         |  |
| Nr rachunku bankowego    |  |
| Data zwrotu towaru       |  |
| Uwagi                    |  |

.....  
data i podpis  
zgłaszającego reklamację