

Miejscowość i data.....

Doctor Guard Dystrybucja sp. z o.o.

Kazimierzówka 156a

21-040, Kazimierzówka

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Nr zamówienia..... Data zamówienia.....

Nr paragonu/faktury.....

Imię i nazwisko

Adres

Nr tel.....

.....

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy

(zwrot jest tylko możliwy na rachunek bankowy klienta)

Numer konta.....

Nazwa towaru	Ilość	Cena brutto	Przyczyna zwrotu

Uwagi klienta.....

Oświadczam, że znane są mi warunki zwrotu towaru określone w regulaminie sklepu

.....

Podpis klienta