

FORMULARZ WYMIANY

NR ZAMÓWIENIA: _____

IMIĘ I NAZWISKO : _____

NR TELEFONU: _____ ADRES EMAIL: _____

Proszę o wymianę poniższych produktów
(nazwa, kolor, rozmiar):

Na poniższe produkty:
(nazwa, kolor, rozmiar):

Wypełniając i wysyłając formularz wymiany, jestem świadom/a, iż wskazane produkty, zostaną wysłane dopiero w momencie kiedy skompletowanie zamówienia będzie możliwe. Czas ten nie jest ściśle określony i zależy ściśle od terminu dostaw. W celu rezerwacji bądź pozyskania informacji o terminie dostaw należy kontaktować się pod adresem :
store@medhoodie.pl

DATA: _____

PODPIS _____