

FORMULARZ ZWROTU

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI.
NR ZAMÓWIENIA ZNAJDUJE SIĘ W MAILU POTWIERDZAJĄCYM ZAKUPY.

NR ZAMÓWIENIA: _____

IMIĘ I NAZWISKO : _____

ULICA I NR DOMU/MIESZKANIA: _____

KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ : _____

NR TELEFONU: _____ ADRES EMAIL: _____

NAZWA TOWARU I ROZMIAR	CENA ZAKUPU	DATA ZAKUPU

POWÓD ZWROTU : _____

PROSZĘ O ZWROT KWOTY NA:

KONTO, Z KTÓREGO ZOSTAŁO OPLĄCONE ZAMÓWIENIE ZA POŚREDNICTWEM
SERWISU PRZELEWY 24.

PONIŻSZY NUMER KONTA: _____ NAZWA BANKU : _____

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Czy zrobiłbyś/abyś ponownie zakupy w MEDHOODIE?

TAK NIE

DATA: _____ PODPIS _____

Niniejszy dokument należy wydrukować, wypełnić i odesłać wraz z towarem (nowym, bez śladów użytkowania, z metkami) w terminie 14 dni od daty doręczenia bezpośrednio na adres:

ul. Nakielska 3 WARSZAWA 01-106. tel. 797 048 702

Zwroty realizowane są w ciągu 14 dni od daty przyjęcia towaru przez MEDHOODIE.