

FORMULARZ ZWROTU/WYMIANY TOWARU



Numer zamówienia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data zamówienia:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Nazwa towaru/usługi (indeks)	Ilość	Cena brutto (zł)	Przyczyna zwrotu*

*wpisz numer w pole „Przyczyna zwrotu” (przyczyna zwrotu nie jest obowiązkowa).

- | | |
|--|--|
| 1 – źle dobrany rozmiar | 5 – produkt wygląda inaczej niż na zdjęciu |
| 2 – zamówiono więcej, niż jeden rozmiar | 6 – produkt jest niezgodny z opisem |
| 3 – produkt źle się układa | 7 – nie chcę podawać |
| 4 – nie odpowiada mi jakość wykonania, materiału | |

Inna, jaka?

Proszę o zwrot kwoty na konto bankowe:

Nazwa banku:

Numer rachunku:

--	--	--	--	--	--	--

Czy podany numer rachunku jest tym samym z którego została dokonana płatność za zamówienie?

Tak

Nie

Właściciel rachunku bankowego:

*(wypełnij tylko, jeśli dane różnią się od danych osoby składającej zamówienie)

Imię i nazwisko:

Adres:



Wymiany:

Wymiana towaru polega na zwrocie (odstąpieniu od umowy) wybranych artykułów, następnie złożeniu i opłaceniu nowego niezależnego zamówienia. W przypadku gdy zamówiony produkt będzie nieodpowiedni mają Państwo możliwość zwrotu zakupionego towaru w terminie 14 dni od daty jego otrzymania, pod warunkiem zwrotu towarów nieużywanych, czystych, razem z oryginalnym opakowaniem na adres:

FARGO Sp. z o. o.
ul. Głowackiego 23, 32-300 Olkusz
Zwroty wysłane na inny adres wrócą do nadawcy!

Razem z odsyłanym towarem należy wysłać wypełniony formularz. Prosimy o staranne zapakowanie przesyłki. Jednocześnie informujemy, że nie przyjmujemy żadnych przesyłek wysłanych do nas za pobraniem. Koszty przesyłki wynikające z błędnej realizacji zamówienia pokrywa FARGO Sp. z o.o. na konto bankowe klienta po otrzymaniu przesyłki.

Uwagi klienta:

.....
.....
.....

*Oświadczam, że znane są mi warunki zwrotu w przypadku odstąpienia od umowy zawartej na odległość, zawarte na stronie **www.odziezdlamedyka.pl***

.....

Data

.....

Podpis zwracającego