FORMULARZ ZWROTU TOWARU

1. Wypełnia zwracający:

Data otrzymania towaru: ……..

Imię i nazwisko: ……

Adres: ……

……

Telefon kontaktowy: ……..

Nazwa towaru	Ilość	Wartość	Przyczyna zwrotu*

* przyczyna zwrotu nie jest obowiązkowa

Proszę o zwrot wartości zwracanego towaru na konto bankowe:

Nazwa banku …….

Numer rachunku:

Uwagi: ……

…….

Oświadczam, że znane są mi warunki zwrotu w przypadku odstąpienia od umowy zawartej na odległość.

…….
Czytelny podpis zwracającego

2. Wypełnia MEDICALABORATORIES.COM

Data otrzymania zwrotu: ……..

Numer paragonu: ……..

Czy zwrot przyjęto? TAK NIE

Uwagi: ……..

Data zwrotu należności: …….