

MUS

MED UNIQUE SUITS

FORMULARZ ZWROTU

DANE KLIENTA

IMIĘ I NAZWISKO

.....

NUMER TELEFONU

.....

ADRES MAILOWY

.....

INFORMACJE O ZWRACANYM PRODUKCIE

(KOLOR, ROZMIAR)

POWÓD ZWROTU

CHCĘ NOWY PRODUKT W INNYM ROZMIARZE

CHCĘ ZWROTU ŚRODKÓW

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA KONTA BANKOWEGO

.....

NUMER KONTA BANKOWEGO NA KTÓREGO NASTĄPI ZWROT ŚRODKÓW

.....