CENTROMEDIC

Imię i nazwisko Klienta/Nazwa firmy: _____

_____

NIP: _____

Nr telefonu: _____

Adres e-mail: _____

Formularz zwrotu / reklamacji

Produkt/y:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Numer zamówienia:

_____

Data otrzymania zamówienia: _____

Powód zwrotu/reklamacji: _____

_____

_____

_____

_____

Informujemy, że nie będą uznawane zwroty towarów używanych, rozpakowanych, zniszczonych oraz bez opakowań firmowych.

_____

Data i podpis