KIS Sp z o.o.
ul. Obrońców pokoju 106c , 36-100 Kolbuszowa
biuro@uniformymedyczne.pl tel. 600 839 619 , 17 2270 465

FORMULARZ WYMIANY

Dane kupującego:

Imię i Nazwisko:.....……...

Ulica i nr domu/mieszkania: .....……..

Kod pocztowy i miasto: …….....……

Nr zamówienia:…….....…….

Data zamówienia: .....…….

Nr telefonu kontaktowego: .....**e-mail:** ……..

Chcę wymienić towar na :

Lp	Nazwa Towaru	Ilość	Kolor	Rozmiar
1.				
2.				
3.				

Proszę o zwrot nadpłaty na rachunek bankowy:

(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

Numer konta																							

Imię i nazwisko właściciela rachunku:.....……....…….....

Pełny adres właściciela rachunku: ....……....…….....……....…….……

W przypadku, gdy zamówiony produkt będzie nieodpowiedni, mają Państwo możliwość wymiany towarów zakupionych w SKLEPIE w ciągu 14 dni od daty otrzymania przesyłki , Wymianie podlega wyłącznie towar bez śladów użytkowania, z oryginalnymi metkami producenta. Odzież z haftem i nietypowa (szyta na zamówienie) nie podlega wymianie . Razem z odsyłanym towarem należy wysłać wypełniony formularz. Informujemy, że nie przyjmujemy paczek odesłanych do nas za pobraniem. Koszty przesyłki pokrywa kupujący .W przypadku ewentualnej dopłaty o jej wysokości poinformujemy telefonicznie lub mailowo. W przypadku powstania nadpłaty proszę podać numer konta w opcji powyżej.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami zwrotu towaru zawartymi w profilu sprzedawcy oraz regulaminem sklepu.

……..

Data i podpis klienta