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

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Dane kupującego:

Imię i Nazwisko:.....……...

Ulica i nr domu/mieszkania: .....……..

Kod pocztowy i miasto: …….....……

Nr zamówienia:…….....…….

Data zamówienia: .....……

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

LP	Nazwa Towaru	Ilość	Cena brutto	Przyczyny zwrotu
1.				
2.				
3.				

Proszę o zwrot gotówki 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 odstąpienia od umowy sprzedaży towarów zakupionych w SKLEPIE w ciągu 14 dni od daty otrzymania przesyłki , bez podania jakiejkolwiek przyczyny.
Zwrotowi podlega wyłącznie towar bez śladów użytkowania, z oryginalnymi metkami producenta. Odzież z haftem i nietypowa (szyta na zamówienie) nie podlega zwrotowi. Razem z odsyłanym towarem należy wysłać wypełniony formularz, informujemy, że nie przyjmujemy paczek odesłanych do nas za pobraniem. Koszty przesyłki pokrywa kupujący chyba że zwrot towaru wynika z błędnej realizacji zamówienia wówczas koszt przesyłki zwrotnej pokrywa sprzedawca. Na zwracaną odzież wystawiana jest korekta faktury, która zostanie przesłąna na wskazany w formularzu adres mailowy.

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

……..

Data i podpis klienta