Wzór formularza wymiany

……
(miejscowość, data)

……
(imię i nazwisko Klienta)
……..
……
(adres Klienta do korespondencji)
……
(numer telefonu do kontaktu)

Zdrowy Tydzień

ul. Podhalańska 4

34-700 Rabka-Zdrój

sklep@zdrowytydzien.pl

tel. 509 800 962

WZÓR FORMULARZA WYMIANY TOWARU

INFORMACJE O TOWARZE (nazwa, gramatura, cena) .....

DATA ZAKUPU .....

IMIĘ I NAZWISKO KUPUJĄCEGO: .....

TELEFON KONTAKTOWY: .....

ADRES E-MAIL: .....

CHCĘ WYMIENIĆ TOWAR NA: (nazwa, gramatura, cena) .....

.....

ADRES WYSYŁKOWY KUPUJĄCEGO: (kod, miejscowość, ulica, nr domu).....

.....

NR RACHUNKU BANKOWEGO (do rozliczenia zwrotu lub ewentualnej nadpłaty w przypadku wymiany) .....

.....

DATA I PODPIS