

FORMULARZ ZWROTU PRODUKTU

DATA: TELEFON:

EMAIL:

NAZWA PRAKTYKI:

ADRES PRAKTYKI:

.....

NUMER FAKTURY:

NAZWA PRODUKTU	ILOŚĆ	POWÓD ZWROTU

UWAGI:

.....

NR KONTA BANKOWEGO DO ZWROTU ŚRODKÓW:

.....

WYPEŁNIA BIURO OBSŁUGI KLIENTA

DECYZJA:

DATA: PROCESOWANE PRZEZ: