

FORMULARZ ZWROTU TOWARÓW

Nadawca zwracanego towaru

Firma:

Adres:

NIP:

Odbiorca zwracanego towaru

KOL-DENTAL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k.

ul. Cylichowska 6, 04-769 Warszawa

NIP: 5241001593

Dział zwrotów

!Uwaga!

Oświadczam, że zwracam produkty bez widocznych śladów użytkowania, nieposiadające wad, oraz zdadne do dalszej odsprzedaży.

Numer dokumentu zakupu:

Przyczyna zwrotu:

Rozliczenie korekty:

zwrot na konto

rozliczenie z płatnościami

Numer konta Bankowego:

Korekta:

pocztą (koperta)

e-mail

Adres e-mail:

Nr	Towar	Ilość	seria/indeks

Data

Podpis zwracającego

Pieczętka