

FORMULARZ ZWROTU / WYMIANY / REKLAMACJI

1. Dane podstawowe *

Nr zamówienia.....

Imię..... Nazwisko.....

Adres do wysyłki:

.....
.....

Telefon: Adres e-mail:.....

nr konta: _ _ _ _ _

nazwa banku:.....

2. Chcę dokonać * :

Zwrotu towaru Wymiany towaru Reklamacji

3. Lista zwracanych/wymienianych/reklamowanych produktów *

Nazwa	Ilość	Przyczyna wymiany/zwrotu/reklamacji

4. W przypadku wymiany

Należy dodatkowo wysłać wiadomość na adres: sklep@doctornap.com w celu ustalenia warunków wymiany.

Dodatkowe uwagi:

.....
.....

Data i podpis

.....

Pamiętaj o odpowiednim spakowaniu i zabezpieczeniu towarów przed wysyłką.

Uszkodzenia w trakcie transportu wynikające z niewłaściwego zabezpieczenia towaru nie będą uwzględniane.

* Pola obowiązkowe do wypełnienia