

FORMULARZ ZWROTU

NR. ZAMÓWIENIA _____ DATA ZAKUPU _____

IMIĘ I NAZWISKO _____

NR. TELEFONU _____ E-MAIL _____

ZWRACANY TOWAR

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA	PRZYCZYNA ZWROTU (PODAJ NR) / WYMIANA

1. ZA MAŁY ROZMIAR

2. ZA DUŻY ROZMIAR

3. PRODUKT NIE SPEŁNIA MOICH OCZEKIWAŃ

4. PRODUKT MI SIĘ NIE PODOBA

5. ZAMÓWIENIE DOTAŁO ZA PÓŹNO

6. INNE

**ZWROT ZA ZAKUPY JEST DOKONYWANY DO 14 DNI
OD OTRZYMANIA ZWROTU**

NR KONTA: _____

UWAGI KLIENTA: _____

BUTIK LAVIE
UL. KAPICY 16B
41-106 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE
TEL. 790 600 719

(data i czytelny podpis klienta)