

LAREINE

Kinga Całus-Sala
Czubrowice 174
32-049 Czubrowice
NIP: 513-025-48-94

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

DATA:	
Imię i nazwisko:	
Adres:	
Numer zamówienia:	
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	
Zwracany towar (nazwa, ilość, cena brutto):	
Nr rachunku bankowego do zwrotu wpłaty:	
Powód zwrotu:	<input type="checkbox"/> produkt niezgodny z opisem <input type="checkbox"/> nie pasuje mi <input type="checkbox"/> produkt jest uszkodzony <input type="checkbox"/> produkt za duży/ za mały <input type="checkbox"/> brak powodu <input type="checkbox"/> inny – opisz poniżej
Czy do zwrotu dołączono paragon?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Czytelny podpis