



Sunday Socks Klaudia Kostyra
ul. Józefa Sowińskiego 10H
05-270 Marki
NIP 1251711420

Formularz zwrotu towaru

Dane osobowe:

Imię i nazwisko nabywcy:

.....

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Towar:

Data zakupu towaru:

Data odebrania przesyłki:

Numer zamówienia w sklepie internetowym:

Nazwa towaru:

Cena:

Powód zwrotu/bez podania powodu zwrotu*:

Proszę o zwrot kosztów zakupu towaru na poniższy numer konta:

.....

Imię i nazwisko właściciela konta:

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami zwrotu towaru określonymi w Regulaminie sklepu,
a zwracany towar posiada oryginalne metki i opakowanie, nie był używany,
ani zniszczony, jest dostarczony w takim stanie, w jakim został wydany.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis

*niepotrzebne skreślić