

ZGŁOSZENIE WYMIANY TOWARU

UWAGI: PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL (POLA ŻÓŁTE)
PROSIMY DOŁĄCZYĆ DOWÓD ZAKUPU (PARAGON lub FAKTURA)

1. DANE KLIENTA

IMIE I NAZWISKO

ULICA

KOD, MIASTO

TELEFON

E-MAIL

2. PRZEDMIOT WYMIANY

NAZWA

MODEL

CENA BRUTTO

NUMER DOWODU ZAKUPU

DATA ZAKUPU

3. WYMIANA

ROZMIAR

KOLOR

Z
NA

PRZYCZYNA WYMIANY

Produkt wraz z zgłoszeniem wymiany prosimy przesać na adres:
Sklep Medyczny MED X, ul. Matejki 39, 60-768 Poznań

5. PODPIS KLIENTA

ROZPATRZENIE WYMIANY (WYPEŁNIA MED X)

1. DATA WPŁYNIĘCIA

2. DATA I DECYZJA O SPOSOBIE ROZPATRZENIA WYMIANY

3. DATA WYSYŁKI/ODBIORU DLA WYMIANY

4. PODPIS