



STARDENT
CHIRURGIA I IMPLANTOLOGIA



Witamy w Stardent
All-In-One-Place

FORMULARZ WYMIANY TOWARU

.....
data zwrotu towaru

DATA ZAMÓWIENIA:

NUMER FAKTURY/ PARAGONU :

IMIĘ I NAZWISKO / DANE FIRMY :

ADRES :

ADRES DOSTAWY (jeśli inny niż adres zamawiającego)

.....

PROSZĘ O WYMIANĘ TOWARU Z

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA	PRZYCZYNA ZWROTU

NA

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA	UWAGI

PROSZĘ O ODESŁANIE TOWARU NA ADRES:

STARDENT
ul. Czerwonych Maków 8
59-700 Bolesławiec

.....
...

.....
...

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

.....
data i czytelny podpis klienta