FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Data.....

Imię i nazwisko .....

Numer zamówienia.....

NAZWA PRODUKTU	
ROZMIAR	
KOLOR	
PRZYCZYNA ZWROTU	
ZWROT GOTÓWKI CZY WYMIANA?	
DODATKOWE UWAGI	

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:

Nazwa banku:.....

Numer rachunku																									

(czytelny podpis Klienta)

Przelew zostanie wykonany do 7 dni od otrzymania przez nas zwrotu.

Kontakt: **mob@ballin.pl**