FORMULARZ ZWROTU

PODAJ SWOJE DANE

NIP:.....

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA FIRMY:.....

ADRES:.....

.....

TELEFON:..... EMAIL:.....

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:
(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

nazwa Banku:.....

Numer rachunku																										

PODAJ SZCZEGÓŁY ZAMÓWIENIA

NUMER FAKTURY:.....

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA BRUTTO	PRZYCZYNA ZWROTU

PROSIMY O ODESŁANIE TOWARU NA ADRES:
Micerdent Materiały Stomatologiczne
ul. Klonowa 23/3, 25-553 Kielce

881-400-441; 881-699-401
info@micerdent.pl

Data.....
(czytelny podpis Klienta)