



FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

NUMER ZAMÓWIENIA :
DATA ZAMÓWIENIA:
NUMER FAKTURY/ PARAGONU:.....
IMIĘ I NAZWISKO:.....
ADRES:.....
TELEFON KONTAKTOWY:.....

PROSZĘ O ZWROT ŚRODKÓW NA RACHUNEK BANKOWY:

Imię i nazwisko posiadacza konta:

Numer konta:

Table with 20 empty cells for account number

Lista zwracanych towarów/Powód zwrotu*:

- 1/.....
2/.....
3/.....

*Podanie powodu zwrotu jest opcjonalne

Zwrotu towaru proszę dokonać na adres:

Hau-Care Spółka Cywilna
Magdalena Święch, Anna Osowska,
Wola Batorska 146,
32-007 Wola Batorska

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami zwrotu towarów określonymi w Regulaminie Sklepu zamieszczonym na stronie internetowej www.hau-care.pl

Data i czytelny podpis
.....
.....