

FORMULARZ ZWROTU/WYMIANY TOWARU
VITALINV LIMITED S.K.A.
zwrot wymiana

Nr zamówienia.....Nazwa produktu oraz ilość.....

Wartość zamówienia (bez kosztów wysyłki)

Wartość całkowitego zamówienia (wraz z kosztami wysyłki)

Powód zwrotu/wymiany

.....

.....

.....

ADRES NABYWCY:

Imię i Nazwisko :

Ulica i nr domu/mieszkania:

Kod pocztowy i miasto:

Nr telefonu

E-mail: (pole nieobowiązkowe).....

DANE O RACHUNKU BANKOWYM (ważne w przypadku zwrotów)

Numer rachunku bankowego, na który mają zostać zwrócone pieniądze:

.....

.....

Nazwa banku:.....

Dane właściciela rachunku bankowego.....

.....

Data i podpis nabywcy

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza (literami drukowanymi) i odesłanie wraz z towarem na adres: **VITALINV LIMITED S.K.A., Skrytka pocztowa 221, 26-600 Radom 9.** Każda reklamacja rozpatrywana jest indywidualnie. Zwrot pomniejszony jest o koszty operacyjne. O decyzji informujemy Państwa drogą mailową