

# FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY (ZWROT TOWARU)

**UWAGA! Adres, na który należy wysłać zwracany towar:**

**Pielęgniarski.pl**  
Kruszynek 30  
87-853 Kruszyn  
tel. 667 655 995

## **WYPEŁNIA KLIENT:**

Ja, ..... niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży  
następujących produktów:

| Lp. | Nazwa produktu | Kod produktu | Kolor | Rozmiar | Ilość |
|-----|----------------|--------------|-------|---------|-------|
| 1.  |                |              |       |         |       |
| 2.  |                |              |       |         |       |
| 3.  |                |              |       |         |       |
| 4.  |                |              |       |         |       |
| 5.  |                |              |       |         |       |

Imię i nazwisko/firma .....

Adres: .....

Tel. kontaktowy: ..... E-mail: .....

Nr zamówienia: ..... Nr faktury: .....

Oświadczam, że odsyłane produkty nie były używane. Towar odsyłam kompletny (oryginalne opakowanie, metki, itp.) Proszę o zwrot pieniędzy na konto bankowe.

Nazwa banku: .....

Nr konta bankowego:

|             |             |             |             |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

## **WYPEŁNIA SKLEP:**

Data przyjęcia zwrotu: ..... Osoba przyjmująca zwrot: .....

Uwagi do towaru: .....

Wystawiony dokument: ..... Kwota zwrotu: .....

Data dokonania zwrotu na konto: .....