FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Imię i Nazwisko:……..
Nr zamówienia:…….
Data zamówienia: ……..
Wartość zamówienia (bez kosztów wysyłki): ……
Nr telefonu kontaktowego: ……
e-mail: ……
Powód zwrotu ……

…….

Adres nabywcy
Imię i Nazwisko: …….
Ulica i nr domu/mieszkania: ……..
Kod pocztowy i miasto: ……..……

DANE O RACHUNKU BANKOWYM

Numer rachunku bankowego, na który mają zostać zwrócone pieniądze:

Imię i nazwisko właściciela rachunku: ……
Pełny adres właściciela rachunku: ….……..……..……..……..

W przypadku, gdy zamówiony produkt będzie nieodpowiedni, mają Państwo możliwość dokonania zwrotu nieużywanych produktów w ciągu 14 dni od daty otrzymania. Razem z odsyłanym towarem należy należy wysłać wypełniony formularz. Jednocześnie informujemy, że nie przyjmujemy paczek odesłanych do nas za pobraniem.
Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami zwrotu towaru zawartymi w profilu sprzedawcy oraz regulaminem sklepu.

……..
Data i podpis klienta

Zwracane produkty wraz z wypełnionym formularzem zwrotu należy wysłać na adres:

FIT YOU PHARM SP. Z O.O.
Zofii Roesler 2, 01-991 Warszawa
NIP: 5252936873

Lub adres mailowy:

zamowienia@fityoupharm.com