

**FORMULARZ ZWROTU TOWARU**

**Sprzedawca:**

Techdent Center Tasiemski, Pietruczuk Spółka komandytowa zarejestrowana w Warszawie (01-743) przy ul. Głogowskiej 44, NIP 123-00-12-243, KRS: 0000988721

**Nabywca:**

NAZWA FIRMY / IMIĘ I NAZWISKO: …………………...……………………………………………………………….

...………………………………………………………………………………………………...…………………………….

ADRES: ……………………………………………………………..………...………………………………….…………

TELEFON: ………………………..………… E-MAIL: ……………………...…………………………..…….…………

NUMER ZAMÓWIENIA: ………………...…………… DATA ZAMÓWIENIA………………………………………….

NUMER FAKTURY / PARAGONU: ……………..…………………………………………………………...…………..

**Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:**

Nr rachunku: …………………………………………………………………………..…………………………………….

Nazwa banku: ………………………………………………..……………………..………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWA TOWARU | ILOŚĆ | PRZYCZYNA ZWROTU |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

…………………………………………………… …………………………………………...

Podpis nabywcy Data, miejscowość