

## FORMULARZ REKLAMACJI / ZWROTU

### Twoje dane:

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Informacje odnośnie towaru:

Data otrzymania przesyłki \_\_\_\_\_

Nazwa odsyłanego przedmiotu \_\_\_\_\_

Nr paragonu / Faktury VAT \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Powód reklamacji / zwrotu \_\_\_\_\_

Proszę o wymianę

Proszę o zwrot zapłaconej kwoty

Nazwa \_\_\_\_\_

Kod \_\_\_\_\_

Proszę wysłać wydrukowany formularz wraz z paragonem i reklamowanym towarem na adres:

**PHARMBICON Halina Gudowska**

Ul. Słoneczna 105 B lok. 72,

Stara Iwiczna. 05 – 500 Piaseczno 1

fax.: 022 43 59 925