FORMULARZ ZWROTU

ADRESAT PRZESYŁKI ZWROTNEJ :

JELONEK

ul. Piotra Skargi 12

93-036 Łódź

tel +48 786 141 459

e-mail sklep@jelonekm.pl

Imię i Nazwisko oraz adres zwracającego

_____

Numer telefonu i adres e-mail

_____

Numer zamówienia

_____

Data otrzymania produktu

_____

Przedmiot zwrotu (nazwa, kolor, rozmiar)

_____

Przyczyna zwrotu (informacja pomoże nam udoskonalić nasze produkty w przyszłości)

_____

_____

Nazwa banku i numer konta do zwrotu środków

_____

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Data i podpis

_____

Koszt przesyłki zwrotnej w każdym przypadku pokrywa nadawca/klient. Nie odbieramy przesyłek za pobraniem lub do opłacenia.