

Formularz **WYMIANY** towaru

Szczegółowe informacje na stronie medikona.pl/s/wymiany-i-zwroty

DANE KUPUJĄCEGO

.....
Imię

.....
Nazwisko

.....
Nr telefonu

NR ZAMÓWIENIA*

*Pole obowiązkowe

.....
.....

DANE DO WYSYŁKI Wypełnić jeśli inne niż w zamówieniu

..... Imię Ulica
..... Nazwisko Kod pocztowy i miasto

.....
Nr telefonu

.....
Adres mailowy

kurier paczkomat nr:

NUMER KONTA BANKOWEGO Jeśli dokonałeś płatności za pobraniem lub przelewem bankowym

.....

ODSYŁAM:

Nazwa/kolor/rozmiar/długość nogawki/ilość

WYMIENIAM NA:

Nazwa/kolor/rozmiar/długość nogawki/ilość

.....
.....
.....
.....
.....

UWAGI KLIENTA/DODATKOWO ZAMAWIAM

.....

.....
(data)

.....
(podpis)