



PROTOKÓŁ ZWROTU SPIRE CLINIC

Imię i nazwisko:.....

Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

.....

Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail)

.....

Zwracany towar

Nazwa produktu	Ilość	Cena

Data otrzymania produktu:

Numer rachunku bankowego:

Powód zwrotu:

Znane mi są warunki zwrotu towarów w tym trybie określone w regulaminie Sklepu.

Do zwrotu prosimy dołączyć dowód zakupu towaru.

Data i podpis: