



FORMULARZ ZWROTU / WYMIANY / REKLAMACJI

DANE KLIENTA

Imię i nazwisko:

Ulica i numer domu/mieszkania:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Numer telefonu: Adres e-mail:

Numer zamówienia w sklepie internetowym:

DOTYCZY: (proszę zaznaczyć właściwe)

Zwrot Wymiana Reklamacja

W PRZYPADKU WYMIANY

Proszę wpisać rozmiar/inny model obuwia, który ma zostać wysłany w zamian:

.....

W PRZYPADKU REKLAMACJI

Proszę opisać przyczynę reklamacji:

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZWROTU

Zwrot należności nastąpi w terminie do 14 dni od dnia otrzymania paczki przez sklep. Zwrot płatności nastąpi w takiej formie, w jakiej opłacono zamówienie. Jeśli zamówienie było opłacone przelewem tradycyjnym lub gotówką przy odbiorze, prosimy o uzupełnienie:

Numer rachunku bankowego:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

DODATKOWE INFORMACJE DLA KLIENTA

-Na wymianę lub zwrot towaru Klient ma czas 14 dni od daty otrzymania paczki. Towar nie może nosić śladów użytkowania, powinien być kompletny i zapakowany w oryginalne opakowanie. Paczkę należy odpowiednio zabezpieczyć, nie owijać taśmą bezpośrednio oryginalnego pudełka z butami. Sklep nie przyjmuje przesyłek wysłanych za pobraniem. W przypadku reklamacji produkt musi być czysty.

ADRES DO ODESŁANIA PACZKI:

Stylowa Para

Medyka 405A/47

37-732 Medyka

tel.: 608 546 198

e-mail: sklep@stylowapara.com.pl

Data i podpis Klienta: