

ACE-WARSZAWA
FORMULARZ ZWROTU

NUMER ZAMÓWIENIA

DATA ZAMÓWIENIA

IMIĘ NAZWISKO

ADRES

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL

PROSZĘ O ZWROT GOTÓWKI NA RACHUNEK BANKOWY

NAZWA BANKU

NUMER KONTA

NAZWA/Y PRODUKTU/ÓW

CENA BRUTTO

ILOŚĆ

PRZYCZYNA ZWROTU

UWAGI KLIENTA

CZYTELNY PODPIS KLIENTA