

FORMULARZ ZWROTU

[] ZWROT PRODUKTU

Numer zamówienia:.....

Data zawarcia umowy:.....

Moje dane:

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Numer konta bankowego.....

Kleemed Pharmaceuticals Poland Sp. z o.o.

ul. Żurawia, nr 32/34, lok. 49, 00-515 Warszawa

adres e-mail: info@suprasod.pl

OŚWIADCZENIE

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy (towarów):

.....

.....

.....

zakupionych w sklepie internetowym **www.suprasod.pl**, którego właścicielem jest KLEEMED PHARMACEUTICALS POLAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Żurawia, nr 32/34, lok. 49, 00-515 Warszawa, NIP: 7011072981, oraz numer REGON 521169098.

Prosimy wybrać powód zwrotu:

☐ Niezgodność w dostawie

☐ Problem z jakością (prosimy opisać)

.....

☐ Inny (prosimy opisać)

.....