……, ……
miejscowość data

Balticad sp. z o.o.

Ul. Limbowa 23

80-175Gdańsk

FORMULARZ ZWROTU

Dane Zwracającego:

Imię i nazwisko (nick): ……..……..

Adres: ……

Telefon kontaktowy: ……

Numer paragonu/faktury VAT: ……..

Nazwa towaru	Symbol towaru	Ilość	Wartość

Proszę o zwrot wartości towaru na poniższe konto bankowe:

Nazwa banku: ……

Numer rachunku:

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję warunki zwrotu zamieszczone na stronie internetowej sklepu.

……..
Czytelny podpis Zwracającego

WYPEŁNIA BALTICAD SP. Z O.O.

Data otrzymania zwrotu: ……..

Data zwrotu należności: ……..

Uwagi: ……