

FORMULARZ ZWROTU

4AESTHETICS.EU
MEDIF sp. z o.o. sp.k.
ul. Piaskowa 4 lok. U3
01-067 Warszawa
NIP: 956-20-86-916

DANE KLIENTA

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

.....

NIP:

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:

DANE DOTYCZĄCE UMOWY SPRZEDAŻY

Numer zamówienia.....

Data zakupu i nr faktury.....

OZNACZENIE TOWARU

Nazwa towaru.....

Numer katalogowy oraz numer serii.....

Dokumentacja dodatkowa

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis i pieczęć klienta

.....