Data: .....

FORMULARZ ZWROTU

Informacje podstawowe

Zwroty przyjmujemy do 14 dni od daty dostawy.

Przesyłkę zwrotną należy wysłać na adres:

SHOECRATES

Stradomska 2

31-058 Kraków

tel. 575 505 605

Dane zamówienia

Nr zamówienia: .....

Data złożenia zamówienia: .....

Imię i nazwisko lub nazwa firmy: .....

Ulica, nr domu / nr mieszkania: .....

Kod pocztowy i miejscowość: .....

Nr telefonu: .....

Adres e-mail: .....

Nazwa produktu + kod produktu	Ilość	Cena brutto

Konto bankowe

Jeśli zamówienie zostało opłacone przez bramkę płatności (np. Stripe lub PayPal) należność zwracamy na kartę płatniczą lub konto z którego dokonana była wpłata. Jeśli zamówienie zostało złożone z opcją płatności za pobraniem wypełnij poniższe pole rachunku bankowego. Zwrot należności nastąpi na wskazane konto.

Numer rachunku bankowego:

.....

czytelny podpis klienta