ARONPHARMA
suplementy diety

_____
DATA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

_____
IMIĘ I NAZWISKO

_____
E-MAIL

_____
ADRES

_____
NUMER KONTAKTOWY

_____
NUMER ZAMÓWIENIA

ZWROTU ŚRODKÓW NALEŻY DOKONAĆ NA RACHUNEK:

_____
NAZWA BANKU

NAZWA PRODUKTU	ZWRACANA ILOŚĆ	CENA BRUTTO	POWÓD ZWROTU

OŚWIADCZAM, ŻE ZNANE SĄ MI WARUNKI ZWROTU/REKLAMACJI TOWARU OKREŚLONE W REGULAMINIE SKLEPU.

_____
DATA I PODPIS KLIENTA