



FORMULARZ ZWROTU LUB WYMIANY TOWARU

IMIĘ I NAZWISKO :

NUMER ZAMÓWIENIA :

NAZWA PRODUKTU :

ROZMIAR I KOLOR :

SKREŚL NIEPOTRZEBNE : **WYMIANA / ZWROT**

PRZYCZYNA ZWROTU/WYMIANY :

UWAGI :

ZWROT ŚRODKÓW ZOSTANIE ZREALIZOWANY W CIĄGU **5 DNI ROBOCZYCH** OD OTRZYMANIA PRZESYŁKI.
W RAZIE PYTAŃ PROSIMY O KONTAKT MAILOWY NA ADRES : contact@legitclth.com LUB TELEFONICZNIE.

ADRES DO ZWROTU :

PUBLIC LABEL
UL. SŁONECZNA 36/7
88-400 ŻNIN
TEL : 534268742

PODPIS KLIENTA :