

VERIANUS

FORMULÁR PRE VRÁTENIE TOVARU

V PRÍPADE VRÁTENIA PROSÍM VYPLŇTE TENTO FORMULÁR A ZAŠLITE HO SPOLU S TOVAROM NA NAŠU ADRESU (NÁKLADY HRADÍ ZÁKAZNÍK):

VERIANUS
ING. DIANA VAJDULÁKOVÁ
SÍDLISKO 166/49-17
027 44
TVRDOŠÍN

ÚDAJE O KUPUJÚCOM:

MENO A PRIEZVISKO: _____

ADRESA: _____

TELEFÓN: _____ E-MAIL: _____

ČÍSLO ÚČTU (IBAN): _____

ČÍSLO OBJEDNÁVKY: _____

PRODUKT, KTORÝ CHCETE VRÁTIŤ:

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

NÁZOV: _____ FARBA: _____ VELKOSŤ: _____

DÁTUM: _____

PODPIS: _____