GREEN PHARM

81-041 Gdynia
ul. Chylońska 135/12
NIP 9581711321
Regon 387284977

FORMULARZ ZWROTU

NUMER ZAMÓWIENIA: …….. DATA ZAMÓWIENIA: …….
NUMER FAKTURY/PARAGONU: …….
IMIĘ I NAZWISKO: ……
ADRES: …….
TELEFON: …… EMAIL: …….

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:
(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek Klienta)

nazwa Banku: ……..

Numer rachunku																									

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA BRUTTO	PRZYCZNYNA ZWROTU

Uwagi Klienta: ……...
……
……

(czytelny podpis Klienta)