



CENTRUM
ORTOPEDYCZNO
PROTETYCZNE

tworzymy
lepszé życie

FORMULARZ ZWROTU TOWARÓW

NAZWA FIRMY ADRES, NIP, TEL. KONTAKTOWY

NR FV (Z KTÓREJ ODBYWA SIĘ ZWROT TOWARÓW)

Lp.	SYMBOL PRODUKTU	STRONA L/P	ROZMIAR	IŁOŚĆ	NAZWA WYROBU	POWÓD ZWROTU
1						
2						
3						
4						
5						

MAGAZYN PRZYJĄŁ:

SPRAWDZIŁ ZGODNOŚĆ PRODUKTÓW:

OSOBA ZWRACAJĄCA:

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Data:

Data:

Data:

NINIEJSZY FORMULARZ OBOWIĄZUJE

WYŁĄCZNIE PO UZGODNIENIU ZWROTU, DO 1 MIESIĄCA OD TERMINU REALIZACJI ZAMÓWIENIA

z CENTRUM ORTOPEDYCZNO - PROTETYCZNE Emil Chojnowski

Stary Rynek 2 lok. 103 | tel. 85 732 34 51 | kom. 500 59 59 82

SALON MEDYCZNY | ul. Ryska 1 bud. E | tel. 85 733 88 61 | kom. 500 59 59 47

e-mail: ortopedia@ortopedyka.eu

w w w . o r t o p e d y k a . e u

NIP 542 274 16 26, REGON 052221427, Nr rachunku 35 1140 2004 3902 3584 6159