

FORMULARZ ZWROTU / WYMIANY

.....
Imię i nazwisko Klienta

.....
Data i miejscowość

.....
Adres e-mail Klienta

.....
Adres Klienta

.....
Numer telefonu Klienta

.....
Numer zamówienia i data zamówienia (*dostępne w wiadomości e-mail z potwierdzeniem zamówienia*)

.....
Numer rachunku bankowego oraz nazwa Banku, na który ma być wykonany zwrot środków.

NAZWA PRODUKTU	ILOŚĆ	CENA	POWÓD ZWROTU

Adres do zwrotów: Butik Thecadess, ul. Wilcza 69 00-679 Warszawa

Podpis Klienta

THECADESS
WARSAW