

FORMULARZ ZWROTU

Oświadczam, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. 2014 r. poz. 827) **odstępuję od umowy**

nr _____ zawartej dnia _____

Imię i Nazwisko _____

Adres _____

Telefon _____ E-mai _____

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

Numer rachunku _____

Nazwa towaru #1 _____

Rozmiar _____ Ilość _____ Cena _____

Przyczyny zwrotu _____

Nazwa towaru #2 _____

Rozmiar _____ Ilość _____ Cena _____

Przyczyny zwrotu _____

Nazwa towaru #2 _____

Rozmiar _____ Ilość _____ Cena _____

Przyczyny zwrotu _____

Uwagi Klienta _____

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu i reklamacji towaru określone w regulaminie sklepu locum-concept.pl. Właściwy adres do zwrotów: **Locum Concept store, ul. Dobra 9, 00-384 Warszawa**

Podpis Klienta _____