

.....
data, miejscowość



Zioła Ukochane
MEDICAL

Agnieszka Pietrzyk-Dąb
ul. Józefowska 95/2
40-145 Katowice
NIP 8691729824

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy

IMIĘ I NAZWISKO:.....

NUMER ZAMÓWIENIA:.....

TELEFON:.....

EMAIL:.....

SPOSÓB PŁATNOŚCI:.....

1.NAZWA PRODUKTU	
POWÓD REKLAMACJI LUB ODSTĄPIENIA OD UMOWY	

2.NAZWA PRODUKTU	
POWÓD REKLAMACJI LUB ODSTĄPIENIA OD UMOWY	

3.NAZWA PRODUKTU	
POWÓD REKLAMACJI LUB ODSTĄPIENIA OD UMOWY	

.....
czytelny podpis Kupującego

Uwaga!

1. Zwracany produkt należy wysłać na adres:

**ul. Józefowska 95/2,
40-145 Katowice, Polska**

2. Reklamacja/odstąpienie od umowy zostanie rozpatrzone w ciągu **14 dni** od momentu jej dostarczenia.

***Jeśli podasz pytania, skontaktuj się z Ziola Ukochane Medical
przez email: ziolaukochane.medical@gmail.com***