|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko zamawiającego\* |   |
| Numer telefonu\* |   |
| e-mail  |   |
| Nr zamówienia\* |   |
| Nr faktury/paragonu\* |   |
| ZAKUPIONY MODEL (wpisz model, rozmiar i kod koloru) | WYMIANA (wpisz model, rozmiar i kod koloru) | ZWROT  |
| 1. |   |   |
| 2. |   |   |
| 3. |   |   |
| 4. |   |   |
| 5. |   |   |
| UWAGA! Środki zostaną zwrócone na rachunek, z którego dokonano płatności. Jeżeli zamówienie zostało opłacone za pobraniem, prosimy o podanie numeru konta oraz nazwy banku.  |
| Nr konta  |   |   |
| Nazwa banku  |   |   |
| W razie jakichkolwiek pytań skontaktuj się z Biurem Obsługi Klienta pod nr tel. kom. 501 140 360, tel. 85 743 58 18 lub drogą meilową - biuro@optykokulista.pl |
|  |  |  |



FORMULARZ WYMIANY I ZWROTU

 ………………………………………………….

 Data i podpis Klienta\*

\*pola obowiązkowe