

## FORMULARZ WYMIANY

(należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci wymiany)

### Dane Sprzedającego:

#### MD Group

ul. Role 1 ,34-200 Sucha Beskidzka

NIP: 5521542290

Tel. 539 683 035

Umowa została zawarta : .....

(data i numer zamówienia, numer paragonu/faktury)

Towar został odebrany : .....

(data)

Wartość zamówienia (bez kosztów wysyłki): .....

Koszt przesyłki: .....

### Powód wymiany:

.....

Ustalenia ze sprzedawcą: .....

Towar ,na który zostaje wymieniony towar zwracany:

.....

### ADRES NABYWCY:

Imię i Nazwisko: .....

Ulica i nr domu/mieszkania: .....

Kod pocztowy i miasto: .....

Nr telefonu: ..... E-mail: .....

Zapoznałem/łam się z warunkami wymiany ustalonymi ze sprzedawcą i akceptuję je.

.....  
(Podpis\* imię i nazwisko czytelnie)

\*jeżeli formularz przesyłany jest w wersji papierowej