

FORMULARZ WYMIANY

(należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Dane Sprzedającego:

MD Group

ul. Mickiewicza 65 ,34-200 Sucha Beskidzka

NIP: 5521542290

Tel. 539 683 035

Umowa została zawarta :

(data i numer zamówienia)

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