



Optical ID SP. z o.o
ul. Przemysłowa 4a/ 85-758 Bydgoszcz
+48 532864940/ jakub.stawowski@opticalid.pl
NIP:5543009019/ KRS:523976740

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Numer Faktury.....Data zamówienia.....

Imię

Nazwisko

Adres działalności (ulica, numer domu/lokalu)
.....

Nazwa działalności

NIP.....

Telefon:.....Email:.....

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:
(zwrot możliwy jedynie na rachunek bankowy klienta)

Nazwa banku.....

Numer rachunku.....

Nazwa towaru	Ilość	Cena Brutto	Przyczyna zwrotu

Uwagi klienta.....
.....

.....
Data i czytelny podpis klienta

