

Optical ID Sp. z o.o
ul. Romanowska 55E, lok.2, 91-174 Łódź
+48 790 201 186, info@opticalid.pl

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

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

Imię
.....
.....

Nazwisko
.....
.....

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

Nazwa działalności
.....
.....

NIP.....
.....

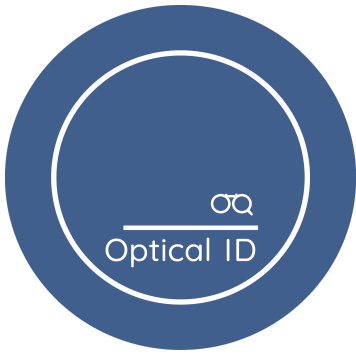
Telefon:.....Email:.....
.....

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



Optical ID Sp. z o.o
ul. Romanowska 55E, lok.2, 91-174 Łódź
+48 790 201 186, info@opticalid.pl

Uwagi
klienta.....

.....

.....

.....

Data i czytelny podpis klienta