

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY I/LUB REKLAMACJI

A. Odstąpienie od umowy bez podania powodu w ustawowym terminie 14 dni

Oznajmiam, że odstępuję od umowy w ustawowym terminie 14 dni.

B. Reklamacja produktu:

.....
.....

(wpisz nazwę i numer produktu)

Podaj przyczynę reklamacji:

- uszkodzone opakowanie produktu
- zawartość / jakość produktu
- efekt uboczny
- inny powód

Szczegółowy opis:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wypełnij w przypadku A. odstąpienia od umowy i w przypadku B. reklamacji:

Numer zamówienia: Data odbioru produktu:

Numer rachunku bankowego do zwrotu pieniędzy:

Dane Klienta:

Adres Klienta:

Obowiązkowe załączniki: produkt, faktura

Data: Podpis:

Adres do odesłania produktu:

Produkt należy zwrócić na adres Dermacol, a.s., Letiště Brno - Tuřany 947/7, 627 00 Brno – Tuřany, Republika Czeska.