

# FORMULARZ ZWROTU / REKLAMACJI TOWARU

(Zaznacz właściwe)

.....  
Imię i nazwisko osoby dokonującej zwrotu

.....  
Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

.....  
Dane kontaktowe (adres e-mail, telefon)

.....  
Numer rachunku bankowego, na który zostanie zwrócona należność za towar

(W przypadku zamówień opłaconych przez PayU zwrot nastąpi na rachunek/kartę, z której dokonana była wpłata)

.....  
Powód zwrotu

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. Znane mi są warunki zwrotu towarów w tym trybie określone w regulaminie Sklepu, w tym konieczność dołączenia do przesyłki niniejszego formularza oraz oryginalnego dokumentu sprzedaży (paragon lub faktura VAT) wystawionego w związku ze sprzedażą zwracanego towaru.

**Data otrzymania towaru:** .....

**Numer zamówienia:** .....

RODZAJ / NAZWA PRODUKTU	ROZMIAR	ILOŚĆ	CENA BRUTTO

Formularz należy odesłać razem z towarem na adres:

GALART ROBERT MICHALCZYK  
ul. Aleja Legionów 17, 08-400 Garwolin

do 14 dni od otrzymania towaru. Pełny zwrot kwoty nastąpi do 14 dni roboczych od momentu otrzymania zwrotu.

**Warunkiem zwrotu jest otrzymanie nieuszkodzonego towaru, który będzie możliwy do ponownej odsprzedaży.**

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis klienta