SALSCRUBS
-HOSPITAL CLOTHING-

FORMULARZ REKLAMACYJNY

Dane kupującego:
Imię i nazwisko: Adres zamieszkania: Telefon kontaktowy:
Zakupiony produkt:
Data zakupu:
Opis reklamacji:
W przypadku pozytywnego rozpatrzenia reklamacji proszę o:
☐ Wymianę towaru na wolny od wad
☐ Zwrot pieniędzy na wskazane konto bankowe Numer konta bankowego:

…… Data i miejsce	…… Podpis kupującego

SALScrubs
Złotniki 76
32-125 Wawrzeńczyce

Kontakt:
Telefon: +48 695 280 915 | E-mail: biuro@salscrubs.pl
Poniedziałek – Piątek: 7:30 - 15:30