

rok zał. 1949



FORMULARZ WYMIANY/ZWROTU

(niepotrzebne skreślić)

Twoje dane:

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

DANE ZAMÓWIENIA:

Nr zamówienia: _____

Symbol produktu: _____

Cena: _____

NUMER NOWEGO ZAMÓWIENIA NA WYMIANĘ**

DANE RACHUNKU BANKOWEGO

Informacje o rachunku bankowym, na który mają zostać zwrócone pieniądze w związku z wykonanym prawem odstąpienia od umowy:

Nr.rachunku

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Towar wraz z wypełnionym Formularzem Wymiany/Zwrotu, dowodem zakupu a także kartą gwarancyjną prosimy wysłać na adres: TECH-MED TECHNIKA MEDYCZNA B.WÓJCIK Sp.j ul. Studencka 49, 02-735 Warszawa.

*Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (Dz. U. nr 22, poz. 271) oświadczam, że odstępuję od umowy sprzedaży.

Data i podpis Klienta

* Dotyczy zwrotu Towaru ** Dotyczy wymiany Towaru

Zapraszamy do zapoznania się z informacjami zamieszczonymi na stronie www.techmed.pl w zakładce „Odstąpienie od umowy”.