

FORMULARZ ZWROTU / REKLAMACJI MARKI REVITALASH®  
(niepotrzebne skreślić)

Imię i Nazwisko: .....  
Nr zamówienia: .....  
Nr paragonu/faktury: .....  
Data zamówienia: .....  
Wartość zamówienia (bez kosztów wysyłki): .....  
Nr telefonu kontaktowego: .....  
e-mail: .....

POWÓD ZWROTU / WYMIANY

(w przypadku wymiany podać dokładną nazwę towaru, rozmiar i kolor, na który ma zostać wymieniony)

.....  
.....

POWÓD REKLAMACJI

.....  
.....

ADRES NABYWCY

Imię i Nazwisko: .....  
Ulica i nr domu/mieszkania: .....  
Kod pocztowy i miasto: .....

DANE O RACHUNKU BANKOWYM

Numer rachunku bankowego, na który mają zostać zwrócone pieniądze:





|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Imię i nazwisko właściciela rachunku:.....  
Pełny adres właściciela rachunku: .....

W przypadku, gdy zamówiony produkt będzie nieodpowiedni, mają Państwo możliwość dokonania zwrotu nieużywanych produktów **w ciągu 14 dni od daty otrzymania**. Razem z odsyłanym towarem należy **należy wysłać wypełniony formularz**.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami zwrotu towaru zawartymi w profilu sprzedawcy oraz regulaminem sklepu.

Data i podpis klienta.....

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Wyłączny dystrybutor marki<br>Revitalash w Polsce | ☎ 61 82 742 50<br>☎ 607 520 002<br>✉ biuro@revitalash.pl<br>www.revitalash.pl | Zamówienia przyjmujemy:<br>pon. - czw.: 8:00 - 16:15<br>pt.: 8:00-15:00<br><br>Produkty są dostarczane<br>w ciągu 1-2 dni roboczych | <br>ATHENA<br>COSMETICS<br>Athena Cosmetics, Inc.<br>revitalash.com |
|  | ☎ 607 520 002   |  RevitaLash Polska                               |  revitalash_polska  |