

FORMULÁŘ

- Odstoupení od smlouvy**
- Reklamacce**

(označte prosím vhodnou variantu)

Kontaktní údaje:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefonický kontakt:

Email:

Číslo faktury:

Datum obdržení zásilky:

Číslo bankovního účtu:

VRÁCENÉ ZBOŽÍ/ REKLAMACE:

.....

.....

.....

.....

Jednoduchý popis problému u vráceného/reklamovaného zboží:

.....

.....

.....

Zboží odešlete na adresu:

*Santé – zdravotní obuv s.r.o.
Buštěhradská 1031
272 03 Kladno – Dubí*

Dodatečné informace:

Peníze na Váš účet budou vráceny v horizontu 14 dní ode dne doručení zásilky zpět na výše uvedenou adresu.

Podmínky vrácení:

Zboží musí být vráceno kompletní, v původním stavu, nesmí jevit známky opotřebení a používání. Se zbožím musí být zaslán formulář pro vrácení zboží.

Dne: _____

Podpis: _____