Dziękujemy za zakupy. Pamiętaj, że w naszym sklepie masz 14 dni na zwrot lub wymianę towaru.

Towar należy odesłać do nas w stanie nienaruszonym z dołączonym paragonem lub fakturą na adres:

Sklep Medyczny ORTIS

ul. Piłsudskiego 2

57-400 Nowa Ruda

Masz do nas pytania?

Infolinia

Pon.-pt. 9.00-17.00

+48 519 116 719

ortis@sklepmedyczny-ortis.pl

FORMULARZ ZWROTU / REKLAMACJI

Imię i nazwisko

_____

Adres zamieszkania

_____

Telefon kontaktowy

_____

Adres e-mail

_____

ZWRACAM W NIENARUSZONYM STANIE Z DOŁĄCZONYM DOKUMENTEM ZAKUPU

Nazwa towaru _____

Przyczyna zwrotu _____

Lub

Przyczyna reklamacji _____

_____

Kwota zwrotu _____

Dane do przelewu, nr rachunku

Zgodnie z ustawą z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z dnia 24 czerwca 2014 r. poz. 827) niniejszym oświadczam, że odstępuję od umowy sprzedaży.

_____

Data i podpis Klienta