



SECRET LASHES<sup>®</sup>

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ ZWROTU

### DANE KLIENTA:

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Nr rachunku bankowego na który ma być dokonany zwrot: \_\_\_\_\_

### PRZEDMIOT ZWROTU:

Nazwa towaru: \_\_\_\_\_

Data nabycia towaru: \_\_\_\_\_

Nr paragonu / faktury: \_\_\_\_\_

Ogólna wartość towaru: \_\_\_\_\_ zł

### DZIAŁANIA:

wymiana na inny produkt

zwrot gotówki

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis klienta)

WAŻNE! Prosimy o przesłanie oryginału paragonu.