



FORMULARZ ZWROTU / WYMIANY

Imię i nazwisko lub nazwa:

Adres korespondencyjny:

Telefon kontaktowy:E-mail:

Numer zamówienia:Data otrzymania zamówienia:

Zwracam w nienaruszonym stanie:

Nazwa towaru*

Cena*

Ilość*

Przyczyna zwrotu/ wymiany:

.....

Numer konta bankowego do zwrotu pieniędzy*

.....

*pola obowiązkowe

Prosimy o przesłanie formularza wraz ze zwracanym produktem / produktami na adres:

SENNIE SLEEPWEAR
UL. DĄBROWSKIEGO 36/5
02-561 WARSZWA

Czytelny podpis

.....