


| | |
|--|---|
| Wypełnia SKLEP: Zgłoszenie zwrotu nr <input type="text"/> Wpłynęło dnia: <input type="text"/> Numer zamówienia: <input type="text"/> |  ZWRACANY TOWAR PROSIMY WYSŁAĆ NA ADRES: GRC - ZWROTY Piłsudskiego 53 22-400 Zamość |
| Sposób realizacji: <input type="checkbox"/> zwrot <input type="checkbox"/> odmowa | |
| <input type="text"/> | |

Wypełnia Klient

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Data zakupu: | <input type="text"/> | Nazwa towaru: | <input type="text"/> |
| Symbol: | <input type="text"/> | Ilość: | <input type="text"/> |
| Dane do zwrotu pieniędzy: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|--|----------------------|
| Data zwrotu : | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko reklamującego*: | <input type="text"/> |
| Adres do korespondencji: | <input type="text"/> |
| Telefon*: | <input type="text"/> |
| email: | <input type="text"/> |

.....
 podpis przyjmującego

.....
 podpis klienta

*- pola wymagane