

FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY

Jméno a příjmení: _____

Ulice: _____

Obec/město: _____

Telefonní číslo: _____

E-mail: _____

Číslo objednávky: _____

Datum objednávky: _____

Datum přijetí objednávky: _____

Vrácené zboží: _____

VRÁCENÍ PENĚZ

*Povinné údaje v případě platby na dobírku

IBAN*: _____

SWIF/BIC: _____

Datum: _____

Podpis zákazníka: _____

Pošlete vyplněný a podepsaný formulář

- poštou na
Nutrisslim d.o.o.
Obrtniška ulica 4
1292 IG
Slovenija

Reklamační formulář je třeba poslat společně s balíkem, který chcete vrátit

***Vyplní Nutrisslim d.o.o.**

Převzal*: _____

Zpracoval*: _____

Datum vrácení peněz/zboží*: _____