

FORMULARZ ZWROTU

Numer zwrotu: _____
(zostanie podany przez MORENO.care)

Dane klienta

Imię: _____

Telefon: _____

Nazwisko: _____

E-mail: _____

Adres: _____

Numer klienta: _____

Informacje o produkcie

Powód	Numer Produktu	Opis produktu	Ilość	Numer faktury	Data faktury

Powód zwrotu

A	za mały/za duży:
B	za ciasny/za szeroki:
C	uszkodzony:
D	niezgodny z oczekiwaniami:
E	inny powód:

Data: _____

Podpis: _____

Przed zwrotem towaru prosimy o wypełnienie i podpisanie niniejszego formularza oraz przesłanie go na adres returns@morenocare.com. Otrzymają Państwo od nas numer zwrotu, który należy wpisać w polu „Numer zwrotu” w lewym górnym rogu.

Nasz adres do wysyłki to:

MORENO.care sp. z o.o.
ul. Grzybowska 87
00-844 Warszawa