



Stelo, ul. Drużbackiej 7 lok. 4, 01-622 Warszawa
pon. - pt. 9:00 - 17:00
tel. 22 299 05 86

FORMULARZ WYMIANY/ZWROTU/REKLAMACJI

- Nazwa firmy / imię i nazwisko, adres i telefon kontaktowy :

.....

- Nr dokumentu sprzedaży (w przypadku PARAGONU wraz z formularzem prosimy dołączyć oryginalny paragon) :

.....

- Nr zamówienia :

.....

Wymiana <input type="checkbox"/>	Zwrot <input type="checkbox"/>	Reklamacja <input type="checkbox"/>
PRZYCZYNA WYMIANY/ZWROTU/REKLAMACJI		
Niewłaściwy fason, kolor, rozmiar <input type="checkbox"/>	Towar niezgodny z zamówieniem <input type="checkbox"/>	Wadliwy towar (skaza, zepsuty zamek) <input type="checkbox"/>
Dodatkowe uwagi:		
ARTYKUŁ ZWRACANY (nr art. / kolor / rozmiar/ ilość)	ARTYKUŁ ZAMAWIANY (nr art. / kolor / rozmiar/ ilość)	

- Dane do wysyłki (prosimy wypełnić, gdy inne niż dane do faktury) :

.....

.....

- Nr konta (prosimy wpisać w przypadku zwrotów) :

.....

Data przyjęcia (Wypełnia Stelo)

.....

Data i czytelny podpis Klienta

.....