

|                 |  |
|-----------------|--|
| Miejscowość     |  |
| Data            |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres Klienta   |  |
|                 |  |



## ZWROT

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Nr. zamówienia             |  |
| Data transakcji            |  |
| Przedmiot transakcji       |  |
| -marka                     |  |
| -rozmiar                   |  |
| -cena                      |  |
| Adres e-mail klienta       |  |
| Telefon kontaktowy         |  |
| Proszę o zwrot kwoty (zł): |  |
| Słownie kwota:             |  |
| Dane do przelewu           |  |
|                            |  |
| Towar otrzymałem w dniu    |  |
| Podpis Klienta             |  |