



Do: Stekop SA, Magazyn

Porosły-Kolonia 52

16-070 Choroszcz

## FORMULARZ ZWROTU / REKLAMACJI (\*)

### Dane osobowe

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ Numer domu: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

### Dane zamówienia

Data zakupu: \_\_\_\_\_ Numer zamówienia: \_\_\_\_\_

Nr faktury (jeżeli była wystawiana): \_\_\_\_\_

Produkt: \_\_\_\_\_

### Ewentualny powód zwrotu / reklamacji (\*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

W przypadku zwrotu środki proszę zwrócić na poniższy numer rachunku w banku:

\_\_\_\_\_

(\*) Niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_

(podpis)