



## FORMULARZ ZWROTU / REKLAMACJI

IMIĘ I NAZWISKO	NUMER ZAMÓWIENIA
-----------------	------------------

	NAZWA PRODUKTU	ZWROT	REKLAMACJA	OPIS REKLAMACJI
		* właściwe zaznaczyć X		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:	
UWAGA - PODANIE NUMERU RACHUNKU JEST NIEZBĘDNE DO ZWROTU WPŁACONYCH ŚRODKÓW	



ADRESAT:  
NOLIMIT LS MATEUSZ GANC  
TENISOWA 17 LOK 7  
05-500 JÓZEFOSŁAW

DATA	PODPIS
------	--------