

FORMULARZ ZWROTU

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Imię i nazwisko Konsumenta: _____

Adres zamieszkania: _____

Nr telefonu: _____

Adres email: _____

Bogna Wajde med&fashion
ul. Promyk 6/12, 62-070 Dopiewiec
e-mail: contact@doctorqueen.pl

**Oświadczenie
o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość**

Oświadczam, że zgodnie z art. 27 ustawy o ochronie praw konsumentów **odstępuję od umowy** zawartej w oparciu o zamówienie nr z dnia

Zwrot produktów dotyczy (nazwa produktu, kolor, rozmiar) :

.....

Powód zwrotu (**opcjonalnie*):

.....

Proszę o zwrot kwoty zł na numer rachunku bankowego, z którego była dokonywana płatność lub (jeżeli płatność była dokonywana w innej formie) podaję numer rachunku bankowego do zwrotu

Zwracam Produkt/y w stanie niezmienionym.

.....
/data i podpis Konsumenta/

W przypadku chęci odstąpienia od umowy, prosimy wypełnić niniejszy formularz i odesłać go na adres: contact@doctorqueen.pl bądź na poniższy adres pocztowy:

Adres do zwrotu:

Bogna Wajde med&fashion

ul. Promyk 6/12 , 62-070 Dopiewiec