

FORMULARZ Odstąpienia od Umowy (Zwrotu)

Adresat: Avenir Medical Poland Sp. z o.o. , ul. Kościuszki 40, 55-011 Siechnice tel.: (+48) 71 323 03 30 info@twojesoczewki.com

Imię i nazwisko Kupującego: _____

Dane Kupującego

Adres: _____

Numer telefonu: _____ **Adres mailowy:** _____

Jeśli opłaciłeś zamówienie on-line pieniądze zostaną zwrócone na konto bankowe, z którego zamówienie zostało opłacone.

Jeśli opłaciłeś zamówienie przy odbiorze wskaż poniżej numer konta bankowego, na który ma nastąpić przelew zapłaconej kwoty:

Dane umowy, od której Kupujący odstępuje

Data zakupu: _____ Data zgłoszenia zwrotu: _____

Numer zamówienia/ faktury: _____

W przypadku częściowego zwrotu zamówienia proszę podać nr pozycji z faktury oraz ilość sztuk:

Prosimy o zaznaczenie krzyżykiem powodu zwrotu zakupionego towaru dla celów statystycznych (Niewskazanie powodu zwrotu nie ma wpływu na rozpatrzenie Odstąpienia od Umowy - Zwrotu):

Złe parametry soczewek , (nieodpowiednio dobrany)

zły rozmiar okularów

Odcień koloru niezgodny z oczekiwaniami

Nieodpowiednie wykończenie produktu

Dostawa niezgodna z zamówieniem

Towar niezgodny z opisem

Inny (jaki?) _____

Zapoznałem/łam się z regulaminem sklepu internetowego TWOJESOCZEWKI.COM i z zasadami dokonywania zwrotu na podstawie skorzystania z prawa odstąpienia od umowy zawartej na odległość

Data i podpis: _____