

FORMULARZ WYMIANY

.....
Miejscowość, data

.....
.....
.....
.....

Imię i nazwisko konsumenta
Adres konsumenta
Data otrzymania towaru
Telefon
Adres e-mail

Salut.PL
Ul. Makowa 6
96-300 Żyrardów

Niniejszym oświadczam, że zakupiony przez mnie towar jest zgodny ze złożonym przez mnie zamówieniem i odpowiada treści zawartej umowy (towar pełnowartościowy). Stwierdzam, że rozmiar towaru mi nie odpowiada i proszę o wymianę na inny rozmiar tego samego asortymentu.

DANE TOWARU PODLEGAJĄCEGO WYMIANIE Z UWAGI NA ROZMIAR TOWARU			
LP.	ASORTYMENT	STARY ROZMIAR	NOWY ROZMIAR

Proszę o przesłanie wymienionego towaru na podane powyżej dane adresowe.

Imię i nazwisko
..... [odręczny podpis]