MED-SERVICE sp. z o.o.
ul. Jagiellońska 13
80-371 Gdańsk
tel. 58 556 60 14

FORMULARZ WYMIANY TOWARU

z dnia ..... (zamówienie nr .....)

Imię i nazwisko klienta .....

Adres: .....

Tel./e-mail: .....

Proszę o wymianę następującego towaru na inny:

L.p.	Nazwa produktów zwracanych	Ilość	Cena brutto	Przyczyna wymiany
	Razem:			

L.p.	Nazwa produktów, na które ma nastąpić wymiana	Ilość	Cena brutto
	Razem:		

Uwagi :

.....

.....

.....

.....

W przypadku różnicy w cenie proszę o zwrot należności na konto:

Nazwa banku: .....

Numer rachunku:																									

2. Gotówkę odebrano (data i podpis) .....

data ..... podpis .....