

## FORMULARZ REKLAMACJI / ZWROTU

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci zgłoszenia reklamacji lub/i zwrotu środków)

Adresat: FUTUREMED,

ul. Ostrowiecka 7A, 27-350 Sienno

Niniejszym informuję o chęci zgłoszenia reklamacji następującego produktu :

-

Powód reklamacji:

-

Data zawarcia umowy/ (\*)/odbioru:

Imię i nazwisko konsumenta(-ów):

adres konsumenta(-ów):

Wnoszę o zwrot środków TAK/NIE (\*)

Wnoszę o zwrot środków na konto z którego pochodziła wpłata: TAK/NIE (\*)

***W przypadku dokonania płatności za pobraniem / przy odbiorze proszę podać konto do zwrotu***

numer konta do zwrotu (\*):

Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....

data i podpis

(\*) Niepotrzebne skreślić.