NUMER ZAMÓWIENIA _____
DATA ZAMÓWIENIA _____
IMIĘ I NAZWISKO _____
NUMER TELEFONU _____

NAZWA PRODUKTU	UMIEJSCOWIENIE WADY	POWÓD REKLAMACJI
	○ PRZÓD ○ BOK ○ TYŁ ○ DÓŁ ○ GÓRA ○ INNE……	

ADRES WYSYŁKI REKLAMOWANEGO PRODUKTU:

SHERR SEASON SANDRA RAKOWSKA
UL. ŚNIADECKICH 25D/9
75-453 KOSZALIN
CARE@SHERRSEASON.COM
+48 889 399 901

Jeśli chcesz by zwracane środki trafiły na inny numer konta, niż ten z którego opłacone zostało zamówienie wypełnij pole:

NAZWA BANKU: [ ]

NUMER KONTA:

*Oświadczam, że znane mi są warunki reklamacji towaru określone w Regulaminie Sklepu.

[ ]
DATA I PODPIS