FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Formularz należy odesłać wraz z załączonym do zamówienia paragonem fiskalnym w ciągu 14 dni od daty otrzymania zamówienia.

Adres do zwrotu :

EMSIPHARMA

Kasztelańska 15D

Piotrków Trybunalski

W razie jakichkolwiek pytań zapraszamy do kontaktu z Obsługą klienta w godz. 9:00 – 17:00 pod nr tel.: +48 663 040 785 lub biuro@emsipharma.pl

ZWROT:

NUMER ZAMÓWIENIA …… IMIĘ I NAZWISKO ……..

ADRES…….....

TELEFON:……..... EMAIL:……..

NR KONTA:

W przypadku płatności online należność za zwrócony towar zostanie oddana przy użyciu takich samych sposobów płatności, jakie zostały użyte w pierwotnej transakcji.

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA	PRZYCZYNA ZWROTU

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży wymienionych wyżej rzeczy.
Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu określone w Regulaminie sklepu.
Oświadczam, że zwracane produkty nie były użytkowane w sposób inny, niż konieczny do stwierdzenia charakteru, cech i funkcjonowania rzeczy. Posiadają nie naruszone metki, a także nie nastąpiło zmniejszenie wartości rzeczy.
Oświadczam, że zwrot odeślę na własny koszt pod wskazany powyżej adres. Wiem,
że nie może to być wysyłka za pobraniem ani Paczkomatowa.
Jestem świadomy, że w przypadku zwrotu nadanego po terminie sklep ma prawo odmówić wypłaty i odesłać zwrot na mój koszt.

Mam świadomość, że przekazane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane przez Sprzedawcę w celach związanych z wykonaniem odstąpienia od umowy oraz spełnieniem związanych z nim żądań i to na zasadach określonych w odpowiednich przepisach prawa. Wiem, że przysługuje mi prawo do żądania od administratora danych dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

……..
PODPIS KLIENTA