

FORMULARZ ZWROTU



Data, Miejscowość

Warunkiem zwrotu jest towar nieuszkodzony i nieużytkowany.
Koszt zwrotu towaru to 39zł za obsługę zwrotu oraz 20% wartości faktury.

Po spełnieniu warunków towar należy przesłać do siedziby Firmy
na koszt zwracającego na adres:

**Genoplast Biotech S.A. ul. Brzozowa 8,
83-200 Rokocin**

Jeśli akceptują Państwo warunki zwrotu proszę o pisemne potwierdzenie.
Wystawimy fakturę za usługę zwrotu, której uprzednie opłacenie jest warunkiem
rozpoczęcia procedury zwrotu. Prosimy o zrozumienie stanowiska firmy,
ze względu na świadczenie sprzedaży produktów medycznych, jednorazowego użytku
i rosnące koszty działalności operacyjnej. Nasze produkty są wrażliwe na uszkodzenia
podczas transportu zwrotnego i z reguły dostarczane są do firmy w stanie nie nadającym
się do dalszej odsprzedaży.

Nazwa firmy / instytucji _____

Imię i nazwisko osoby kontaktowej _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

Numer faktury _____ Data zakupu _____

Informacje o produkcie:

Nazwa produktu: _____

Nr katalogowy produktu: _____

Numer seryjny produktu: _____

Ilość reklamowanych produktów: _____

Data i czytelny podpis klienta