****

FORMULAR DE RETUR

Stimate consumator, prezentul formular se trimite înapoi completat doar dacă doriţi să faceți un retur.

 Către,

S.C. ESTHETIQUE BEAUTY CENTER S.R.L.

STR. NICOLAE TITULESCU , NR. 9

BACAU , JUD. BACAU

COD POȘTAL 600267

TEL. 0728 556595

E-MAIL: office@armedicalcosmetic.ro

Vă informez prin prezenta cu privire la retragerea mea din contractul referitor la vânzarea următoarelor produse comandate la data …
număr comandă………
nume client…………..
adresă client………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COD PRODUS |  |  |  |
| DENUMIRE PRODUS |  |  |  |
| CANTITATE RETUR |  |  |  |
| PREȚ PRODUS |  |  |  |
| MOTIVUL (opțional) |  |  |  |

Doresc ca returnarea banilor să fie efectuată în
contul IBAN ………..
deschis la banca ……
pe numele…………..

 Data:

Semnătura clientului ……………
*(doar în cazul în care acest formular este notificat pe hârtie)*