

PROTOKOL O ZPĚTNÉM ZASLÁNÍ ZBOŽÍ

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

ČÍSLO FAKTURY		TELEFON	
MAIL:			
NÁZEV FIRMY*			
KONTAKTNÍ OS.			
ULICE + ČP			
PSČ / MĚSTO			

NÁZEV PRODUKTU, KTERÝ VRACÍTE:

PRODUKTY VRACÍM VE 14-ti denní lhůtě: (popiště do pole níže)

--

Chci vrátit peníze: ANO

číslo účtu:	
-------------	--

VAŠE POZNÁMKA:

--

DATUM:

--

PODPIS:

--