



Orthomed Therapy

FORMULAR DE RETUR

Completați următoarele informații și includeți documentul în interiorul coletului dumneavoastră.

Name, Prenume _____

Adresa _____

Email _____ Telefon _____

Date privind achiziția _____ / _____ / _____ (zi/lună/an)

Date
personale

Produsul
cumpărat

Motivul
restituirii

1. Mărime necorespunzătoare

2. Produsul nu corespunde așteptărilor

3. Produsul prezintă defecte: _____

4. Alte motive: _____

Opțiuni
înlocuire:

Doresc produs la schimb: DA / NU

Denumirea produsului dorit: _____

Informații
financiare

Date necesare pentru returnarea contravalorii produselor achitate, singura opțiune fiind transferul bancar.

Titular cont _____

Banca _____

Cont _____

Semnătura _____

Contravaloarea mărfii returnate va fi restituită în termen de 14 de zile de la primirea returului.

Observații:

Această rubrică va fi completată de către angajații Orthomed Therapy, în momentul recepționării coletului dumneavoastră.

Data recepției: _____ / _____ / _____ (zi/lună/an)

Colet complet: DA / NU

↑ Puteți schimba produsul dvs. și în magazinul nostru fizic, amplasat în Constanța, Bd. 1 Decembrie 1918, Nr. 12, Bl. L53, Zona Balada



↓ Returnarea produsului se poate face doar printr-o firmă de curierat, **NU prin Poșta Română**. Taxa curierului pentru retur este suportată de către client. Găsiți adresa de retur mai jos:

Expeditoare:

Tel _____

Destinatar:

ORTHOMED THERAPY

Bd. 1 Decembrie 1918, Nr. 12,

Bl. L53, Parter, Zona Balada, Constanța

Cod Poștal 900711

Tel: 0771 472 561

Această zonă poate fi completată, decupată și lipită pe coletul dvs.