

FORMULARZ WYMIANY

Prosimy o wypełnienie i odesłanie wraz ze zwracanym pessarem na adres:

Dr Michael Herbich
ul. Akademicka 17 65-240 Zielona Góra

Zakupiony przeze mnie pessar był noszony
(proszę o określenie czasu noszenia pessara w dniach lub godzinach)

.....

Proszę o wymianę na pessar (proszę podać model)

o rozmiarze (proszę podać rozmiar)

Imię i nazwisko:

Ulica:

Kod pocztowy i poczta:

Nr telefonu:

Wybieram następujący sposób dostawy pessara: (właściwe proszę zaznaczyć X)

Przesyłka kurierska 20 zł

Przesyłka listem poleconym 10 zł

Przesyłam środki na pokrycie przesyłki zwrotnej (proszę wybrać formę płatności)

Przelew na konto PKO S.A: 98 1240 6843 1111 0000 4981 6174

Przekaz pocztowy

Załączam oryginał faktury/ paragon (niepotrzebne skreślić)

Uwagi

.....
.....
.....