

# FORMULARZ ZWROTU



## DANE PODSTAWOWE

*NUMER ZAMÓWIENIA	
*NUMER FAKTURY	
*NAZWA ZWRACANEGO PRODUKTU	
*PRZYCZYNA ZWROTU	

## DANE KLIENTA

*IMIĘ I NAZWISKO	
*ADRES E-MAIL	
*NUMER TELEFONU	
*ULICA	
*NUMER BUDYNKU	
*NUMER LOKALU	
*KOD POCZTOWY	
*MIEJSCOWOŚĆ	
*KONTO BANKOWE	

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól w formularzu. Uzupełniony plik prześlij na adres [shop@untamedbrand.com](mailto:shop@untamedbrand.com) w tytule wpisując „ZWROT/nr zamówienia”.