

ŰRLAP A FOGYASZTÓI SZERZŐDÉS ELÁLLÁSI JOGÁNAK GYAKORLÁSÁRA

Keresztnév és vezetéknév: _____

Cím: _____

Város: _____

Telefonszám: _____

E-mail: _____

Rendelési Szám': _____

A Megrendelés Dátuma: _____

Az Átvétel Dátuma: _____

Visszatért Termékek: _____

PÉNZ VISSZATÉRÍTÉSE

*Kötelező adatok utánvétes fizetés esetén

Számlaszám*: _____

Dátum: _____

A Vevő Aláírása: _____

A kitöltött űrlapot írja alá és küldje a következő címre:

- postai úton:
Nutrisslim d.o.o.
Obrtniška ulica 4
1292 IG
Slovenija

A csomag visszaküldésekor szükséges hozzáadni az űrlapot

***A Nutrisslim k.f.t tölti ki**

Átvette*: _____

Feldolgozta*: _____

A Pénz/Termék Visszatérítésének Ideje: _____