

## FORMULARZ WYMIANY

.....  
imię i nazwisko klienta/ nazwa firmy

.....  
e-mail

.....  
adres klienta

L.p.	NUMER ZAMÓWIENIA	NAZWA PRODUKTU	POWÓD WYMIANY
1.			
2.			
3.			
4.			

**Przypominamy, że zamówiony towar można zwrócić w ciągu 14 dni od momentu zakupu. Produkt należy odesłać w stanie nie obniżającym jego wartości handlowej z załączonym dowodem zakupu, przesyłką poleconą. Przesyłki pobraniowe nie będą odbierane. Towar powinien być zabezpieczony przed uszkodzeniem w czasie transportu.**

**Zwroty prosimy kierować na adres:**

Optocare sp. z o.o.  
ul. Makuszyńskiego 18  
31-752 Kraków