

ELÁLLÁSI NYILATKOZAT / VISSZAKÜLDÉSI ŰRLAP

Maderoterapia.hu

Kérjük, töltsé ki az alábbi űrlapot, és helyezze a csomagba visszaküldés esetén.

Vásárló adatai

Név: _____

E-mail cím: _____

Telefonszám: _____

Rendelés adatai

Rendelési azonosító: _____

Rendelés dátuma: _____

Átvétel dátuma: _____

Visszaküldött termék(ek)

Termék neve: _____

Mennyiség: _____

Elállás oka (nem kötelező)

Nem megfelelő a termék

Méret / forma nem megfelelő

Sérült termék

Egyéb: _____

Visszatérítés

A visszatérítés az eredeti fizetési móddal történik.

Utánvétes fizetés esetén kérjük adja meg az alábbi adatokat a visszaautaláshoz:

Számlatulajdonos neve: _____

Bankszámlaszám: _____

Elállás bejelentése

Kérjük, hogy elállási szándékát a termék átvételétől számított 14 napon belül e-mailben jelezze, és a kitöltött Elállási Nyilatkozatot is küldje meg részünkre az **info@maderoterapia.hu** e-mail címre. A terméket az elállás jelzésétől számított 14 napon belül kérjük visszaküldeni. A visszatérítés a termék beérkezését és ellenőrzését követően történik.

Visszaküldési cím

KIPSZ Kft.
1135 Budapest, Lehel út 61. 5. em. 501
Tel.: +36 30 844 0144

i Fontos tudnivalók

- A terméket kérjük sértetlen, nem használt állapotban visszaküldeni
- Lehetőleg eredeti csomagolásban
- A visszaküldés költsége a Vásárlót terheli
- A visszatérítés a termék beérkezése és ellenőrzése után történik
- A visszatérítés a termék vételárára vonatkozik

Dátum és aláírás

Dátum: _____

Aláírás: _____