

FORMULARZ ZWROTU NR

DATA: _____

do: **BENINCA POLONIA sp. z o.o.**

ul. Holenderska 1

05-152 Czosnów

tel: 798 859 859

beninca@beninca.plwww.beninca.pl**WYPEŁNIA KLIENT**

Firma: _____	
imię i nazwisko osoby kontaktowej: _____	
tel. osoby kontaktowej: _____	
e-mail osoby kontaktowej : _____	
Nazwa zwracanego produktu oraz ilość sztuk:	Data zakupu i numer faktury:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Podanie przez Klienta określonych danych osobowych traktowane będzie przez Sprzedawcę jako wyrażenie zgody do przetwarzania tych danych osobowych tylko i wyłącznie na potrzeby rozpatrzenia niniejszego zgłoszenia.

POWÓD ZWROTU

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie zwrotów Beninca Polonia.

Podpis składającego formularz**WYPEŁNIA PRACOWNIK BENINCA POLONIA**

Osoba odpowiedzialna za przyjęcie zwrotu:	_____
Data zlecenie terminu odbioru przesyłki od klienta:	_____
Data wpłynięcia towaru na magazyn:	_____
Numer listu przewozowego:	_____
Osoba sprawdzająca towar:	_____

Data i podpis osoby zatwierdzającej**UWAGI KOŃCE** (Wypełnia pracownik Beninca Polonia Sp. z o.o.)

Koszt opakowania:	_____	
Koszt transportu:	_____	Suma kosztów: _____
Numer faktury korygującej:	_____	
Podpis osoby sprawdzającej:	_____	

Data i podpis osoby zatwierdzającej