

FORMULARZ ZWROTU NR

DATA: _____

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

ul. Holenderska 1

05-152 Czosnów

tel: 798 859 859

beninca@beninca.pl

www.beninca.pl

WYPEŁNIA KLIENT

Firma:	_____
imię i nazwisko osoby kontaktowej:	_____
tel. osoby kontaktowej:	_____
e-mail osoby kontaktowej :	_____
Nazwa zwracanego produktu oraz ilość sztuk:	_____
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:	_____	Suma kosztów: _____
Koszt transportu:	_____	
Numer faktury korygującej:	_____	
Podpis osoby sprawdzającej:	_____	



Data i podpis osoby zatwierdzającej