

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Sklep Zoogród

Formularz można dołączyć do przesyłki ze zwracanym towarem.
Wypełnienie formularza ułatwia identyfikację zamówienia i zwrot środków.

Adres do wysyłki zwrotu:

Zoogród Kedrowski i Wspólnicy Sp. J.
ul. Bohaterów Westerplatte 30
83-300 Kartuzy
tel. kontaktowy: 888-508-702

Data wypełnienia:	Nr zwrotu (wypełnia sklep):	Data otrzymania towaru:
-------------------	-----------------------------	-------------------------

1. DANE KLIENTA

Imię i nazwisko / firma	
Adres korespondencyjny	
Telefon	
E-mail	

2. DANE ZAMÓWIENIA

Nr zamówienia	
Data zakupu	
Data odbioru przesyłki	
Dowód zakupu	☐ paragon ☐ faktura ☐ potwierdzenie zamówienia ☐ inny: _____

3. ZAKRES ZWROTU

☐ zwrot całego zamówienia ☐ zwrot części zamówienia

Lp.	Nazwa zwracanego towaru	Ilość	Cena	Powód zwrotu / uwagi (opcjonalnie)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. OŚWIADCZENIE KLIENTA

☐ Oświadczam, że chcę dokonać zwrotu wskazanego powyżej towaru / odstępuję od umowy sprzedaży w zakresie wskazanych pozycji.

☐ Potwierdzam, że do przesyłki dołączam zwracany towar oraz - jeżeli posiadam - kopię dowodu zakupu lub potwierdzenie zamówienia.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że zwrot zostanie obsłużony zgodnie z regulaminem sklepu oraz obowiązującymi przepisami.

Powód zwrotu jest dobrowolny; jego podanie może pomóc sklepowi w poprawie obsługi i oferty.

5. DANE DO ZWROTU ŚRODKÓW

Preferowany sposób zwrotu	☐ przelew bankowy ☐ zwrot tą samą metodą płatności ☐ inny: _____
Imię i nazwisko właściciela rachunku	
Numer rachunku bankowego	
Tytuł przelewu / uwagi	

6. SPOSÓB ODESŁANIA TOWARU

Sposób nadania	☐ kurier ☐ paczkomat ☐ poczta ☐ osobiście ☐ inny: _____
Firma przewoźowa	
Nr listu przewozowego / przesyłki	
Data nadania / przekazania	

7. ZAŁĄCZNIKI

Załączone dokumenty	☐ kopia dowodu zakupu ☐ potwierdzenie zamówienia ☐ zdjęcia ☐ inne: _____
Dodatkowe elementy w przesyłce	

8. PODPIS KLIENTA

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

CZĘŚĆ DLA SKLEPU ZOGRÓD

Data przyjęcia zwrotu	
Stan przesyłki / towaru przy odbiorze	
Kompletność zwrotu	☐ kompletny ☐ niekompletny ☐ wymaga wyjaśnienia
Decyzja	☐ zwrot zaakceptowany ☐ odmowa przyjęcia zwrotu ☐ wymaga uzupełnienia
Kwota zwrotu	
Forma zwrotu środków	
Data wykonania zwrotu środków	
Podpis osoby obsługującej zwrot	