



FYRKLÖVERN

Formularz refundacji

Adresat:

Fyrklövern Sp. z o.o., ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa, bok@fyrklovern.pl

Ja niżej podpisana/-y (imię i nazwisko),

adres klienta

numer klienta (podany na dole faktury)

proszę o zwrot kwoty zł z tytułu (proszę zaznaczyć powód zwrotu środków*):

- zwrotu opłaconego towaru,

- nadpłaty,

- inne: jakie?

Zwrot pieniędzy zostanie przekazany na Twój rachunek bankowy.

Numer rachunku: _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -

Niniejszym wyrażam zgodę na zwrot zapłaconej kwoty na rachunek bankowy wskazany powyżej.

.....

Miejscowość i data

.....

podpis klienta

*w razie wątpliwości prosimy o kontakt z naszym Biurem Obsługi Klienta: 22 541 61 71, bok@fyrklovern.pl