



8 (800) 350-25-56
info@ortomedtehnika.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗВРАТ

ТОВАРЫ ДЛЯ ВОЗВРАТА

№	Наименование, марка, модель	Кол-во	Стоимость	Причина
1				
2				
3				
4				
5				
6				

НОМЕР ЗАКАЗА

ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ЗАКАЗА



**** Обязательно укажите, какие недостатки были обнаружены/каких деталей не хватает. Данная информация поможет нам при обработке вашего возврата. Спасибо.**

Сумма возврата:

руб.

Свяжитесь с нами по электронной почте или по телефону для возврата денег: 8 (800) 350-25-56
info@ortomedtehnika.ru

Свое согласие на обработку персональных данных подтверждаю. Учетные записи и контент из товара удалены.

Ф.И.О (получатель платежа) _____
Наименование банка получателя _____
ИНН банка _____
КПП _____
БИК _____
кор/счет _____
рас/счет _____
_____/_____/20__ г.
Подпись


