В ООО «ФАБРИКА ЗДОРОВЬЯ»

адрес: 140153, Московская обл., район Раменский, село Быково, ул. Театральная, дом 10, офис А217

ОГРН 1165040055575 / ИНН 5040143861 / КПП 504001001

Адрес фактической доставки необходимо согласовать с колл центром по тел :

+7(495)248-08-08, +7(800)505-08-55

От _____

фамилия имя отчество полностью

Паспорт гражданина _____

Серия _____ номер _____

Выдан _____

Дата выдачи _____

адрес _____

адрес почтовой корреспонденции _____

_____

Тел. _____

Заявление

Мною приобретен товар _____, с которым также были приобретены _____

Дата покупки _____ 20___ года **цена товара _____**

№ кассового чека _____ **дата и № накладной_____**

Способ покупки (нужное подчеркнуть) **в магазине / заказ по телефону**

Способ оплаты (нужное подчеркнуть) **наличные / пластиковая карта**

Описание причины обращения_____

_____

_____

_____

_____

Прошу (нужное подчеркнуть)

вернуть денежные средства / произвести обмен на другой товар / принять товар на диагностику

Реквизиты для возврата денег

Номер банковского счета _____

Банк _____ БИК (или код иностранного банка)_____

ИНН_____ КПП_____

ВНИМАНИЕ

Номер банковского счета не соответствует номеру банковской карты. Возврат на карту без указания номера счета и данных банка не возможен.

Я понимаю и согласен с тем, что товар при расторжении договора товар подлежит возврату продавцу. При наличии спора о причинах недостатков продавцом может быть произведена диагностика качества.

Дата _____ **подпись _____**

Заявление принял

Уполномоченное лицо _____

м.п. ФИО, должность _____201____г.