

**ООО «ФАБРИКА ЗДОРОВЬЯ»**

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

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

\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.