

ООО «ФАБРИКА ЗДОРОВЬЯ»

ИНН/ОГРН 5040143861/1165040055575

Адрес фактической доставки необходимо согласовать с колл-центром по телефону:

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

От \_\_\_\_\_

фамилия имя отчество полностью

Паспорт гражданина \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

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) на сайте / 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

ФИО получателя: \_\_\_\_\_

Номер банковского счета \_\_\_\_\_

Банк \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

### ВНИМАНИЕ

Возврат на карту без указания номера счета и данных банка не возможен.

Обязательно приложить банковские реквизиты. Без данного приложения перевод не будет осуществлен.

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

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.