

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

ADRES DO ZWROTU :

Hurtownia Farmaceutyczna Alcon Polska sp. z o.o.
Ul. Annopol 4A
03-236 Warszawa
NIP: 527-10-93-105
Biuro: tel. +48 22 820 34 50, fax +48 22 820 34 56

DATA ZWROTU:.....

NUMER ZAMÓWIENIA:.....

NUMER FAKTURY:.....

DANE PODMIOTU ZWRACAJĄCEGO TOWAR [nazwa, adres, NIP] / NUMER KLIENTA:

.....
.....
.....
.....

NAZWA TOWARU	NUMER SERII	ZWRACANA LICZBA	NUMER ZAMÓWIENIA/ FAKTURY *

*proszę o wpisanie numeru zamówienia lub faktury, jeśli zwrot dotyczy kilku dokumentów

*jeśli zwracacie Państwo większą liczbę produktów prosimy o wpisanie pozycji na następnej stronie

PRZYCZYNA ZWROTU:

Zwrot zgodnie z polityką zwrotów *	<input type="checkbox"/>
Towar zniszczony	<input type="checkbox"/>
Towar niezgodny z zamówieniem	<input type="checkbox"/>
Inne:	<input type="checkbox"/>

*soczewki Vision Care - zwrot do 90 dni od daty zakupu; soczewki chirurgiczne toryczne - zwrot do 60 dni od daty zakupu,
pozostałe produkty - zwrot do 30 dni od daty zakupu

UWAGI KLIENTA:

.....

Formularz można odesłać wraz ze zwracanym towarem na adres Hurtowni Farmaceutycznej Alcon Polska sp. z o.o. lub przesłać:

- na numer fax: 22 375 75 80, 22 375 46 56

- adres e-mail: biuro.obsługi@alcon.com (Vision Care), pl.zamowienia@alcon.com (Chirurgia)

