

DOKUMENT ZWROTU / WYMIANY*

Nazwa klienta:

.....

.....

Telefon:

(pieczęć)

| Nazwa towaru | Ilość | Jakiej faktury dotyczy ? (numer i data wystawienia) |
|--------------|-------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Zwrot ustalony z:

(Imię i nazwisko pracownika CITO)

Przyczyna zwrotu** :

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

Data i czytelny podpis osoby wydającej

Data i czytelny podpis osoby odbierającej

.....

.....

*niepotrzebne skreślić

**w przypadku zwrotu lub wymiany towaru należy wcześniej się skontaktować telefonicznie z Cito (tel. 61 847 49 62). Prosimy o zachowanie potwierdzenia reklamowanego lub zwracanego towaru.