



Data zgłoszenia zwrotu:

Osoba kontaktowa odpowiedzialna za zwrot:

FORMULARZ ZWROTU

Data przyjęcia zwrotu na magazyn:			Nazwa i adres dystrybutora/firmy zwracającej towar:				
Lp.	Rodzaj	Ilość	FV/ Wz		Towar pełnowartościowy TAK/NIE* **		Uwagi
1					TAK	NIE	
2					TAK	NIE	
3					TAK	NIE	
4					TAK	NIE	
5					TAK	NIE	
6					TAK	NIE	
7					TAK	NIE	
8					TAK	NIE	
9					TAK	NIE	
10					TAK	NIE	
11					TAK	NIE	
12					TAK	NIE	
13					TAK	NIE	
14					TAK	NIE	
15					TAK	NIE	
16					TAK	NIE	
17					TAK	NIE	
18					TAK	NIE	
19					TAK	NIE	
20					TAK	NIE	
Data/Osoba przyjmująca zwrot**:			Data/Osoba zatwierdzająca zwrot**:				

* niepotrzebne skreślić

** szare pola wypełnia firma Niczuk Metall-PL