

ΦΟΡΜΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Όνομα: _____

Επώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνα επικ/νίας: _____

E – mail επικοινωνίας: _____

Αριθμός παραγγελίας: _____

Ημ/νία Αγοράς: _____

Αριθμός Απόδειξης/Τιμολογίου: _____

Κωδικός και περιγραφή προϊόντος: _____

Αιτία επιστροφής / περιγραφή προβλήματος: (αναλυτικά)

Για επιστροφή χρημάτων συμπληρώστε:

1. Τράπεζα _____

2. Αριθμός λογαριασμού

IBAN: _____

3. Ονομ/νο

δικαιούχου: _____

Παρακαλώ αποστείλατε την ανωτέρω φόρμα μαζί με το προϊόν. Εσωκλείστε απαραίτητως αντίγραφο απόδειξης ή τιμολογίου αγοράς. (Για επιστροφές χρημάτων εσωκλείστε την πρωτότυπη απόδειξη).

Είτε βρίσκεστε στην Αθήνα, είτε στην επαρχία παρακαλώ επικοινωνήστε τηλεφωνικώς στο **210 2847049** ή στέλνοντας ένα e-mail στο **ret.orders@vnethealth.gr** και θα έχετε την κατάλληλη ενημέρωση.

Αφού συνεννοηθείτε μπορείτε να επιστρέψετε το προϊόν, στην πλήρη και αρχική του συσκευασία, στο κατάστημα μας: **Νερατζιωτίσσης 21 Μαρούσι 15124 Αττική**

Σε περίπτωση επιστροφής αποδεδειγμένα ελαττωματικού προϊόντος και εντός 14 ημερών από την ημ/νία αγοράς, τα έξοδα επιστροφής επιβαρύνουν εμάς. Σε κάθε άλλη περίπτωση τα έξοδα επιστροφής επιβαρύνουν εσάς. Τα προς επιστροφή προϊόντα ταξιδεύουν με δική σας ευθύνη, οπότε φροντίστε να τα συσκευάσετε προσεκτικά.