YOU BEAUTY

Miejscowość/ place: ……**data**/date: …….

REKLAMACJA PRODUKTU/PRODUCT COMPLAINT

By maksymalnie usprawnić proces zwrotu, wypełnij poniższe pola poprawnymi danymi. Następnie zapisz formularz i wydrukuj. Po jego podpisaniu, włóż go do paczki razem z produktami. / *To improve the complaint process, fill in the fields below with the correct data. Then print the form and put it in the package with the products.*

IMIĘ I NAZWISKO/ NAME AND SURNAME

ADRES/ ADDRESS:

NR TELEFONU/ TELEPHONE NUMBER:

ADRES E-MAIL/MAIL:

NR SERYJNY TOWARU/ SERIAL NO. PRODUCT

DATA I MIEJSCE ZAKUPU PRODUKTU/ DATE AND PLACE OF PURCHASE:

ZAŁĄCZONY DO PACZKI DOWÓD SPRZEDAŻY/ PROOF OF SALE
*(**PARAGON, FAKTURA, NR ZAMÓWIENIA**/ RECEIPT, INVOICE, ORDER NUMBER)*

NAZWA PRODUKTU/ PRODUCT NAME:

PRZYCZYNA REKLAMACJI/CLAIM CAUSE

WYBIERAM/PREFERS:
☐ **WYMIANĘ PRODUKTU NA**/EXCHANGE OF PRODUCTS

☐ **ZWROT PIENIĘDZY**/ REFUND
IMIĘ I NAZWISKO ORAZ PEŁNY ADRES PRZYPISANY DO RACHUNKU/ NAME, SURNAME AND ADDRESS AGREED TO THE ACCOUNT:

NR RACHUNKU BANKOWEGO/ACCOUNT NUMBER:

Data i podpis klienta/ date and signature

*__NA ZWROT TOWARU BEZ PODANIA PRZYCZYNY MASZ 14 DNI OD DATY OTRZYMANIA PRODUKTÓW__ / FOR RETURN OF THE PRODUCT WITHOUT CAUSING THE CAUSE MAY 14 DAYS FROM THE DATE OF RECEIVING THE PRODUCTS.

*** Zwrot towaru bez podania przyczyny jest możliwy tylko w przypadku zakupu produktów na stronach youbeautyshop.pl** / Return of goods without giving a reason is possible only if you buy products on the site youbeautyshop.pl

***Adres zwrotny** /Return address:
MED MILES SP ZOO Łopuszańska 37, 02-220 Warszawa, Poland