\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość, data

**PROTOKÓŁ ZWROTU TOWARU**

Osoba kontaktowa:

Nr telefonu:

e-mail:

**Zwracający:**

Nazwa:

Adres:

NIP:

**Sposób zwrotu towaru \*:** *kurier / przedstawiciel handlowy Ospel/ osobisty*

**Zwrot uzgodniony z (imię i nazwisko) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRZYCZYNA ZWROTU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SPECYFIKACJA ZWROTU**

**- wg załącznika \***

**- wg poniższego zestawienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Symbol** | **Nazwa towaru** | **Ilość** | ***Numer zamówienia/faktury*** | **Uwagi** |
| 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | |  |  |  |

Oświadczam, że wymienione towary nie były używane.

Data Pieczęć i podpis

Potwierdzenie wydania towaru przez zwracającego

Data Pieczęć i podpis

Potwierdzenie przyjęcia towaru przez sprzedawcę

Numer faktury korygującej: