



## FORMULARZ WYMIANY

Imię i nazwisko:.....

Numer zamówienia.....Numer telefonu.....

Adres e-mail:.....

Proszę o wymianę produktów (nazwa modelu, rozmiar, kolor):

1.....

2.....

3.....

Na poniższe produkty (nazwa modelu, rozmiar, kolor):

1.....

2.....

3.....

Wypełniając formularz sprawdź dostępność produktów na naszej stronie i skontaktuj się z nami mailowo: [kontakt@medibrand.pl](mailto:kontakt@medibrand.pl) lub telefonicznie +48 733-277-798 w celu rezerwacji wymienianego produktu. Jestem świadoma/y, że produkty których aktualnie nie ma w naszym magazynie, zostaną wysłane w momencie jego uzupełnienia uzależnionego od terminu dostaw.

### Adres do wysyłki:

*Medibrand*

*ul. Puławska 405a/lok. 116*

*02-801 Warszawa*

*tel. 733277798*

*email: [kontakt@medibrand.pl](mailto:kontakt@medibrand.pl)*

lub

*PACZKOMAT*

*Paczkomat **WAW695M***

*Ul. Rtm. W. Pileckiego 67*

*02-781 Warszawa*

*tel. 733277798*

*email: [kontakt@medibrand.pl](mailto:kontakt@medibrand.pl)*

Data: .....

Podpis: .....