



Formulário de Pedido de Devolução

Identificação do Cliente		
Nome completo*		
Telefone/Telemóvel*:		
E-mail*:		
Morada de Recolha*:		
Código Postal:	-	Localidade:
Identificação do(s) Produto(s)		
Número da Encomenda*		
Identificação do(s) produto(s) (sku, referência Linde Saúde, nome)		
Motivo de devolução* (marque o mais adequado)	<input type="checkbox"/>	Não estou satisfeito
	<input type="checkbox"/>	Não é o produto que pedi
	<input type="checkbox"/>	O produto está danificado
	<input type="checkbox"/>	Outro. Especifique:

Nota: por favor anexar cópia assinada da Nota de entrega; e/ou da fatura de compra.

Data:..... de..... de 20.....

Assinatura do Cliente _____