FORMULAR DE RETUR

**DATE PERSONALE**

NUME: …………………………….. PRENUME: …………………………………………..

ADRESĂ: ......................................................................................................................

.......................................................................................................................................

E-MAIL: ................................................... TELEFON: ..................................................

**DATE COMANDĂ**

NR. COMANDĂ: ...........................................................................................................

FACTURĂ NR/SERIE: ..................................................................................................

DATĂ PRIMIRE COLET: ..............................................................................................

**MOTIV RETUR: ............................................................................................................**

**.......................................................................................................................................**

**CONT IBAN: .................................................................................................................**

(restituirea sumei se va face în acest cont)

**DATA: ....................................... SEMNĂTURĂ: ........................................**

**DESTINATAR:**

S.C. Magic House EB S.R.L.Adresa: Aleea Trandafirlor, Nr. 4B, Ap. 401, Oradea, Jud. Bihor, Cod poștal 410087

Contact: 0742 230 682

Comenzile, cererile de retur sau alte solicitări plasate după ora 15:00 ziua curentă se vor prelua în a doua zi lucrătoare pentru a fi procesate.

În cazul în care dorești informații referitoare la returul tău, te rugăm să ne contactezi la [salut@shine-on.ro](mailto:salut@shine-on.ro)

Program de lucru: Luni – Vineri în intervalul orar 10:00 – 18:00

**© 2021 Toate drepturile rezervate Shine-On.ro**