

PROTOKÓŁ

Sprzedawca: White Crystal Kft. 2600 Vác, Zrínyi utca 41/b

Nazwa	Adres e-mail		Data zakupu - rok/miesiąc/dzień	
			20	
Kod pocztowy	Miasto, Ulica, Numer domu, /Piętro, Drzwi/		Numer telefonu	
			+36- /	

Numer konta:

SM-[illegible]

Jeżeli wybrałeś jeden z punktów oznaczonych *, prosimy o jego wypełnienie!

☐ Chcę otrzymać kwotę ceny wadliwego produktu lub pozostałą kwotę ze sprzedaży pocztą na mój powyższy adres.

☐ Chcę otrzymać kwotę ceny wadliwego produktu lub pozostałą kwotę ze sprzedaży przelewem na poniższy rachunek bankowy.

Nazwa rachunku zarządzającego Instytucja finansowa:

Imię i nazwisko właściciela konta:

Numer konta bankowego:

Wypełniane przez firmę /proszę zostawić puste/

Administrator: White Crystal Kft.

pH

Podpis kupującego

Dátum: 20 | | rok | | miesiąc | | dzień