Day Office

FORMULARZ REZYGNACJI

NUMER ZAMÓWIENIA: .....

DATA ZAMÓWIENIA: .....

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

TELEFON: .....

EMAIL: .....

Proszę o zwrot gotówki na rachunek bankowy:
(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

Nazwa banku: .....

Nr rachunku:

LP	NAZWA LOKALU	DATA REZERWACJI	KWOTA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Uwagi klienta: .....

.....

.....

....

(data wypełnienia formularza) *(czytelny podpis Klienta)*