****

Генеральному директору

ООО «СалисМед» Зиновой В.В.

От (*ФИО плательщика*):

проживающего по адресу:

паспорт серия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан:

код подразделения:

дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗВРАТЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Мною « » 202\_\_\_ г. в компании ООО «СалисМед» интернет-магазин salismed.ru был приобретен следующий товар:

по заказу/чеку №:

Данный товар не подходит по причине:

Прошу вернуть оплаченные денежные средства в размере: руб. коп. за возвращенный мною товар.

Возвращаемые денежные средства прошу перечислить по следующим банковским реквизитам:

|  |
| --- |
| 1. ФИО плательщика (полностью): |
| 2. Наименование банка: |
| 3. БИК банка: |
| 4. Корреспондентский счет: |
| 5. Расчетный счет получателя: |

« » 20 г. подпись

Закон РФ "О защите прав потребителей" (закон о правах потребителя) от 07.02.1992 N 2300-1 Статья 22. Сроки удовлетворения отдельных требований потребителя. Требования потребителя о соразмерном уменьшении покупной цены товара, возмещении расходов на исправление недостатков товара потребителем или третьим лицом, возврате уплаченной за товар денежной суммы, а также требование о возмещении убытков, причиненных потребителю вследствие продажи товара ненадлежащего качества либо предоставления ненадлежащей информации о товаре, подлежат удовлетворению продавцом (изготовителем, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером) в течение десяти дней со дня предъявления соответствующего требования.

ООО «CалисМед» ИНН 9718189077, КПП 771801001, ОГРН 1227700170774

Юридический адрес: 107014 г. Москва, ул. Егерская, дом 1, этаж 1, помещение IIIа, комната 5, офис 23

Почтовый адрес: 107014 г. Москва, ул. Егерская, дом 1, этаж 1, помещение IIIа, комната 5, офис 23

Телефон: 8-499-714-70-17