

Έντυπο Υπαναχώρησης



(Συμπληρώστε και επιστρέψτε το παρόν έντυπο μόνο εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη σύμβαση. Μην ξεχάσετε να συμπεριλάβετε τη φόρμα συμπληρωμένη στο δέμα προς επιστροφή. Η παρούσα δυνατότητα ισχύει για 14 ημερολογιακές μέρες από την παραλαβή του προϊόντος.)

Προς:
Επωνυμία: Συνεταιρισμός Ανεξάρτητων Καλλιτεχνών και Σχεδιαστών – ΚΟΙΝ.Σ.ΕΠ. (Proof of Concept)
Διεύθυνση Έδρας: Λυκούργου 9, Τ.Κ. 105 51, Αθήνα
Email: info@proofofconcept.gr
Τηλέφωνο: +30 213 0884403

Δήλωση Υπαναχώρησης:
Σας γνωστοποιώ/γνωστοποιούμε () με την παρούσα ότι υπαναχωρώ/υπαναχωρούμε () από τη σύμβασή μου/μας (*) πώλησης των ακόλουθων αγαθών:

Αριθμός Παραγγελίας:

Προϊόν(τα) προς επιστροφή:

Ημερομηνία που παραγγέλθηκε / παρελήφθη: / / 20....

Στοιχεία Πελάτη:

Όνοματεπώνυμο Καταναλωτή:

Διεύθυνση Καταναλωτή:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Email:

Επιθυμητή Ενέργεια (Επιλέξτε ένα από τα παρακάτω):

Επιστροφή Χρημάτων στο αρχικό μέσο πληρωμής.

Έκδοση εκπτώτικου κουπονιού ισόποσης αξίας για επόμενη αγορά / Αλλαγή.

(Μόνο για παραγγελίες με Αντικαταβολή) Παρακαλώ επιστρέψτε τα χρήματα στον παρακάτω τραπεζικό λογαριασμό:

Τράπεζα:

IBAN:

Όνομα Δικαιούχου:

Υπογραφή Καταναλωτή (απαιτείται μόνο εάν το παρόν έντυπο κοινοποιηθεί σε χαρτί):

.....

Ημερομηνία: / / 20...

() Διαγράφεται η περιττή ένδειξη.*

Withdrawal Form



(Complete and return this form only if you wish to withdraw from the contract. Do not forget to include the completed form in your return parcel. This option is valid for 14 calendar days from the receipt of the product.)

To:
Company Name: The Independent Artists and Designers Cooperative (Proof of Concept)
Headquarters Address: Lykourgou 9, 105 51, Athens, Greece
Email: info@proofofconcept.gr
Phone: +30 213 0884403

Statement of Withdrawal:
I/We () hereby give notice that I/We () withdraw from my/our (*) contract of sale of the following goods:

Order Number:

Product(s) to be returned:

Ordered on / Received on: / / 20....

Customer Details:

Name of Consumer(s):

Address of Consumer(s):

Contact Phone Number:

Email:

Desired Action (Please check one):

Refund to the original payment method.

Issuance of a credit coupon of equivalent value for a future purchase / Exchange.

(Only for Cash on Delivery orders) Please refund the amount to the following bank account:

Bank Name:

IBAN:

Beneficiary Name:

Signature of Consumer(s) (only if this form is submitted on paper):

.....

Date: / / 20....

() Delete as appropriate.*