

FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN

FARMACIA-ORTOPEDIA MAGISTRAL

Rellene este formulario de devolución y envíelo a devoluciones@farmaciaortopediamagistral.com, también introduzca una copia en el interior de la caja de su pedido a devolver. Si necesita ayuda contacte con el 924843109 o en devoluciones@farmaciaortopediamagistral.com. Debe esperar nuestra contestación a su email para proceder con la devolución. Saber que los gastos de envío de la devolución correrán por cuenta del comprador. Para hacernos llegar su devolución puede elegir que nosotros nos encarguemos de recoger el pedido cuyo coste será el mismo que pagó por los gastos de envíos en su compra o puede también hacernos llegar la devolución por su cuenta en la siguiente dirección: Farmacia Ortopedia Magistral, C/Cruz del Río, 127,06700, Villanueva de la Serena (Badajoz).

Fecha: _____

Nº de pedido: _____

Nombre y apellidos del comprador: _____

Teléfono: _____

¿Desea reemplazo de alguno de sus productos o reembolso?

Deseo reemplazo:

Producto 1 _____ deseo que dicho producto sea reemplazado por _____ REF: _____

Producto 2 _____ deseo que dicho producto sea reemplazado por _____ REF: _____

Producto 3 _____ deseo que dicho producto sea reemplazado por _____ REF: _____

Producto 4 _____ deseo que dicho producto sea reemplazado por _____ REF: _____

Producto 5 _____ deseo que dicho producto sea reemplazado por _____ REF: _____

Producto 6 _____ deseo que dicho producto sea reemplazado por _____ REF: _____

Deseo reembolso:

Producto 1: _____

Producto 2: _____

Producto 3: _____

Producto 4: _____

Producto 5: _____

Producto 6: _____

¿Elige usted **nuestra logística de envíos** para su devolución?

_____ SI _____ NO _____

Sí nos has elegido para encargarnos de hacer llegar su devolución a nuestra farmacia, saber que desde que se tramita la devolución la empresa de GLS tarda unas 24-48 horas en recoger el pedido en la dirección que usted nos indique. Una vez elija esta opción se le cargará en su cuenta corriente el mismo coste que pago de gastos de envíos en su compra.

¿Desea que el pedido sea recogido en la dirección que nos indicó para su compra?

_____ SI _____ NO _____

En el caso de que quiera que sea recogido en **otra dirección diferente**, indique la dirección donde quiere que sea recogido su pedido y un teléfono de contacto:

Dirección: _____

Teléfono de contacto : _____

NO nos ha elegido para hacer llegar su devolución a nuestra farmacia, indique la empresa de transporte elegida (recuerde conservar el justificante de recogida o envío proporcionado por la empresa de transporte):

Si usted ha elegido hacernos llegar la devolución por su cuenta nuestra dirección es:

FARMACIA-ORTOPEDIA MAGISTRAL

C/Cruz del Río, nº127, 06700, Villanueva de la Serena (Badajoz)

Una vez el producto este en nuestra farmacia y pase el control de calidad, recibirá el reembolso del coste de su producto. El embalaje es muy importante, por favor proteja bien el producto, su caja y accesorios originales. Si el producto llega en malas condiciones debido al embalaje indebido o dañado por un uso inadecuado, nos guardamos el derecho de proceder a un reembolso inferior o a ningún reembolso.

Breve descripción del motivo de su devolución y experiencia de compra:

Gracias por su compra, "El farmacéutico es el profesional del medicamento, solicite SPD y atención farmacéutica a tu farmacéutico de confianza"