**Załącznik nr 2 - Wzór formularza wymiany towaru**

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci wymiany towaru)

– Adresat: SYNAPSA MED sp. z o.o. z siedzibą w Jelczu-Laskowicach, ul. Wrocławska 7, 55-220 Jelcz-Laskowice, REGON 022079680, NIP 8971787892, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego – Rejestr Przedsiębiorców pod numerem 0000451243, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, kapitał zakładowy w wysokości 5000 zł (zwana dalej Synapsa)., e-mail: zwroty@synapsa-med.pl

– Numer zamówienia …………………………………………………………………………………………………

– Przedmiot wymieniany ……………………………………………………………………………………………..….

– Wymiana na  
 …………………………………………………………………………………………………

– Adres do odesłania wymiany  
…………………………………………………………………………………………………

Data :

Prosimy o odesłanie tylko wymienianych elementów.