

**MY VOICE
MY CHOICE**

OBRAZEC ZA VRAČILO IZDELKA

PROSIM ZA VRAČILO IZDELKA

Ime in priimek:

Naslov:

Poštna številka in kraj:

Datum naročila:

Številka naročila:

Izdelek, ki ga želim menjati vrniti: _____

Kam želite, da vam vrnemo denar?

TRR : _____

Razlog za vračilo :

Obrazec skupaj z izdelkom **nepriporočeno, po navadni pošti** pošljete na naslov:

Zavod za zaščito in napredek reproduktivnih pravic My Voice, My Choice
GLINŠKOVA PLOŠČAD 9
1000 Ljubljana
Slovenija

Hvala!