



WZÓR FORMULARZA ODSZTĄPIENIA OD UMOWY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

J.CHODACKI, A.MISZTAL, "MEDICA" SPÓŁKA JAWNA

ul. Przemysłowa 4 A, 59-300 Lubin

adres e-mail: sklep@medica.lubin.pl

fax: 768427025

- Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*) / o świadczenie następującej usługi(*) / o dostarczanie treści cyfrowych w postaci(*):

.....
.....
.....

- Data zawarcia umowy(*) odbioru(*)

- Imię i nazwisko Konsumenta (-ów):

- Adres Konsumenta (ów):

.....

.....
Podpis Konsumenta
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data

(*) Niepotrzebne skreślić.