

Imię, nazwisko klienta

.....

Miejscowość, data

.....

Adres do zwrotu:

Medical Promo

ul. Papuzia 6, 02-890 Warszawa

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Niniejszym, zawiadamiam, że odstępuję od umowy sprzedaży towaru (nazwa towaru)

zawartej dnia

Wskazuję, iż wskutek odstąpienia od umowy, ta jest uważana za niezawartą, a strony są zobowiązane do wzajemnego zwrotu świadczeń, w stanie niezmienionym. Wobec powyższego wnoszę o niezwłoczny zwrot ceny, zapłaconej przeze mnie, w wysokości zł. na konto

Ponadto oświadczam, że przedmiot sprzedaży zostanie zwrócony w dniu w stanie niezmienionym.

W załączeniu składam kopię paragonu/faktury.

.....
Czytelny podpis klienta

(tylko jeżeli formularz przesyłany jest w wersji papierowej)