

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY

UWAGI: PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL (POLA ŻÓŁTE)
PROSIMY DOŁĄCZYĆ DOWÓD ZAKUPU (PARAGON lub FAKTURA)

1. DANE KLIENTA

IMIE I NAZWISKO

ULICA

KOD, MIASTO

TELEFON

E-MAIL

2. PRZEDMIOT ODSTĄPIENIA OD UMOWY

NAZWA

MODEL

CENA BRUTTO

NUMER DOWODU ZAKUPU

DATA ZAKUPU

3. ZWROT

NAZWA BANKU

NUMER KONTA

PRZYZYANA ZWROTU

Produkt wraz z oświadczeniem o odstąpieniu od umowy prosimy przesłać na adres:
Sklep Medyczny MED X, ul. Matejki 39, 60-768 Poznań

5. PODPIS KLIENTA

ROZPATRZENIE ODSTĄPIENIA OD UMOWY (WYPEŁNIA MED X)

1. DATA WPŁYNIECIA

2. DATA I DECYZJA O SPOSOBIE ROZPATRZENIA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

4. DATA PRZELEWU DLA ZWROTU

5. PODPIS