

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

- Adresat Produkty medyczne sp. z o.o., 56-400 Oleśnica, ul. Młynarska 3, NIP 9112040050, e-mail biuro@produktymedyczne.pl
- Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących towarów(*) umowy dostawy następujących towarów(*) umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących towarów(*)/o świadczenie następującej usługi(*)
- Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)
- Imię i nazwisko konsumenta(-ów)
- Adres konsumenta(-ów)
- Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)
- Data

(*) Niepotrzebne skreślić.