

..... dnia.....
(miejsowość data)

FARMEDICA Sp. z o.o.
ul. Zawisłańska 43,
03-068 Warszawa,
tel. 22/518-36-30,
22/518-36-31
fax: 22/518-36-00

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

– Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*) umowy dostawy następujących rzeczy(*) umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy(*)/o świadczenie następującej usługi(*)

– Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

– Imię i nazwisko konsumenta(-ów).....

– Adres konsumenta(-ów).....

– Data.....

Proszę o dokonanie zwrotu gotówki na wskazany numer konta bankowego:

.....
.....

.....
(podpis)

(*) Niepotrzebne skreślić