

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: Art-Medic Artur Zygański ul. Powstańców Wlkp 20 64-200 Wolsztyn e-mail:
biuro@materace-viscotherapy.pl

Ja/My() *niniejszym informuję/informujemy()* o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

Data zawarcia umowy()/odbioru():

Imię i nazwisko konsumenta(-ów):

Adres konsumenta(-ów):

Numer konta do zwrotu wpłaty:

Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej):

Data: _____

(*) Niepotrzebne skreślić.