

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Adresat:

LUXMED Robert Piaskowski
ul. Spokojna 26
82-550 Prabuty
Adres e-mail: medyczny24@wp.pl

Ja niniejszym informuję o moim odstąpieniu od:

*umowy sprzedaży następujących rzeczy (w miarę możliwości podać dodatkowo numer zamówienia):

.....
.....

*umowy o świadczenie drogą elektroniczną następującej usługi:

.....
.....

Imię i nazwisko konsumenta:

.....

Adres konsumenta:

.....
.....

Numer rachunku bankowego konsumenta do zwrotu płatności:

.....

Podpis konsumenta – tylko w przypadku przesłania formularza w wersji papierowej:

.....

Data wypełnienia formularza:

.....

* Właściwe zaznaczyć