…….
imię i nazwisko Klienta

…….
miejscowość, dnia

…….
ulica, numer domu/mieszkania

…….
kod pocztowy i miejscowość

…….
nr telefonu

…….
e-mail

ZDROWIE WMODZIE.PL

Intec Medical Sp. z o.o.
ul. Longinusa Podbipięty 7,
31-980 Kraków
Tel: 504-781-489
zwroty@zdrowiewmodzie.pl

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

Zawartej dnia …….

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

Informuję, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy, otrzymanych w dniu ……. :

1) …….

2) …….

3) …….

4) …….

Jednocześnie proszę o zwrot wpłaconej kwoty w wysokości ……. zł

(słownie: …….)

Tel: 504-781-489 **(pn-pt,9-16)** **zwroty@zdrowiewmodzie.pl**	**Uwaga!** Nie przyjmujemy paczek za pobraniem. Zwrot pieniędzy możliwy jest wyłącznie poprzez przelew bankowy.

Dane klienta (wypełnia Klient)

Login: ……. Nr zamówienia: …….

Data wypełnienia oświadczenia: .....

Dane do przelewu (wypełnia Klient)

Numer rachunku bankowego:

Dane właściciela rachunku: Imię i nazwisko: …….

Kod pocztowy i miejscowość: …….

Ulica, numer domu/mieszkania: …….

…….
podpis Konsumenta