

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

1. Dane Sprzedawcy:

Anna Lis-Zaldivar prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Sklepy Medyczne „Zal-Med.”,
NIP 599-153-95-17, ul. Łokietka 11B/2, 66-400 Gorzów Wielkopolski

2. Dane do wysyłki zwracanego towaru:

Sklepy Medyczne „Zal-Med”
ul. Warszawska 6/205
66-400 Gorzów Wlkp.

3. Dane Klienta:

Imię:

Nazwisko:

Adres:

Telefon:

e-mail:

Numer konta bankowego:

4. Informacje o umowie:

Data zawarcia umowy (złożenie zamówienia):

Zamawiany towar:

.....

.....

.....

.....

Numer zamówienia:

Wartość zakupionego towaru:

Wybrany sposób płatności:

Wybrany sposób i koszt dostawy:

Data otrzymania przesyłki z zamówionym towarem:

5. Oświadczenie Klienta:

Niniejszym odstępuję od umowy zawartej na odległość dotyczącej wyżej wymienionego towaru.
W związku z powyższym proszę o dokonanie zwrotu wpłaconej przeze mnie należności na wskazany
powyżej numer konta bankowego.

.....

(miejsowość, data, czytelny podpis)