

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: IMAR & MED IWONA ANDRYS,

Modrzewie 24 B,

72-113 Modrzewie

biuro@imarmed.pl

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

Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*):

Imię i nazwisko:

Adres:

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

Data: (*)

*Niepotrzebne skreślić