

.....
miejsowość, dnia

.....
imię, nazwisko Klienta(ów)

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
adres e-mail

Sklep Internetowy imarmed.pl
IMAR&MED Iwona Andrys
ul. Modrzewie 24B
72 – 113 Modrzewie

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Niniejszy formularz należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy.

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

NUMER ZAMÓWIENIA	
TOWAR ZWRACANY (nazwa oraz symbol towaru widoczny na stronie internetowej)	
PRZYCZYNA ZWROTU (pole wypełniane dobrowolnie)	
ZWROT NALEŻNOŚCI	
KWOTA ZWROTU (PLN)	
DANE DO PRZELEWU (nr rachunku, imię i nazwisko, adres)	
UWAGI	

.....
data i podpis Klienta(ów)

(*) Niepotrzebne skreślić.