

WZÓR FORMULARZA ODSZKADNIENIA OD UMOWY

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

Adresat:

ARNO-MED Sp. z o.o.

ul. Kolejowa 24 55-081 Mietków

[sklep@arnomed.pl / 071 3169207]

****Ja/My**** _____,

niniejszym informuję/informujemy o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy / o świadczenie następującej usługi:

- Przedmiot umowy: _____

- Data zawarcia umowy: _____

- Data odbioru towaru: _____

****Imię i nazwisko konsumenta(-ów):****

****Adres konsumenta(-ów):****

****Podpis konsumenta(-ów):****

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

****Data:**** _____