

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: Horizon Medical Concept Sp. z o.o., ul. Grzybowska 87, 00-844
Warszawa | kontakt@dabia.eu

Ja/My(*).....

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

Sposób zwrotu uiszczonej płatności:

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

Imię i nazwisko:

Adres:

Podpis:

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data:

() Niepotrzebne skreślić.*