Extra Sklep Medyczny
Ul. Kościuszki 2.
05-870 Błonie
Tel. 510903635, 503093113
zamowienia@extrasklepmedyczny.pl
www.extrasklepmedyczny.pl

.....
Miejscowość i data

ZWROT TOWARU
Odstąpienie od umowy zawartej na odległość

Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących produktów, zakupionych dnia .....:

.....

.....

.....

Proszę o zwrot wpłaconej kwoty w wysokości: .....zł

Słownie: .....

Dane klienta

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Nr telefonu:..... E-mail:.....

Dane o rachunku bankowym

Nr rachunku bankowego:

Nazwa banku:.....

Dane właściciela rachunku:.....

.....

Dodatkowe informacje

.....

.....

.....

.....
Podpis klienta