MED-SERVICE sp. z o.o.
ul. Jagiellońska 13
80-371 Gdańsk
tel. 58 556 60 14

FORMULARZ odstąpienia od umowy

z dnia …..... (zamówienie nr ….....)

Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*) umowy dostawy następujących rzeczy(*) umowy dzieło polegającej na wykonaniu na stępujących rzeczy(*)/o świadczenie następującej usługi(*)

(*) Niepotrzebne skreślić.

Imię i nazwisko konsumenta .....

Adres: .....

Tel./e-mail: .....

L.p.	Nazwa produktu	Ilość	Cena brutto	Przyczyna zwrotu
	Razem:			

Uwagi :

.....

.....

.....

.....

.....

1. Proszę o zwrot należności na konto:

Nazwa banku: .....

Numer rachunku:																									

2. Gotówkę odebrano (data i podpis) .....

data ..... podpis .....