

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

– Adresat:

ARTMEDIC S.C.

ul. Ignacego Adama Bujnickiego 15 lok. 20, 62-800 Kalisz

artmedic.com.pl

Tel. kom. 534 555 580, 534 555 530, 535 555 851

E-mail: sklep@artmedic.com.pl

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

– Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

.....
.....

– Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

.....
.....

– Adres konsumenta(-ów)

.....
.....

– Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....
.....

– Data

.....
.....

(*) Niepotrzebne skreślić.



Kompleksowe
zaopatrzenie gabinetu