

DATA:.....



**FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY [PROSZĘ  
WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI]**

Produkt wraz z paragonem/fakturą odeślij  
odpowiednio zabezpieczone i bez oznak użytkowania  
na adres firmowy:

***mrs.stomatolog Karolina Łukaszewicz-Buczek***



***Szopinek 64Ł***

***22-400 Zamość***

***Tel. 790-262-662***

**NUMER ZAMÓWIENIA:**

**NUMER PARAGONU/FAKTURY:**

**IMIĘ I NAZWISKO:**

**ADRES:**

**MAIL:**

**TELEFON:**

Niniejszym odstępuję od umowy sprzedaży następującego towaru:

Nazwa:

Ilość:

Cena produktu:

Cena produktu wraz z wysyłką:

PODPIS:

Potwierdzenia wpłynięcia pisma dn:

**PROSZĘ PAMIĘTAĆ O DOŁĄCZENIU DOWODU ZAKUPU – PARAGONU/FAKTURY**