

## FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adres do zwrotu produktów: Best Medic Sp. z o. o. ul. Masarska 13/B4, 31-534 Kraków, e-mail kontaktowy: kontakt@bestmedic.pl

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

L.p.	Nazwa produktu	Ilość sztuk	Cena jednostkowa
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Numer Zamówienia .....

Data zawarcia umowy.....

Imię i nazwisko nabywcy .....

Adres korespondencyjny.....

.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

.....  
Data podpis nabywcy