

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Apteka PRIMA mgr farm. Tomasz Buszmał

ul. Myśliwska 9

93-519 Łódź

email: apteka@lekiaz.pl

Ja niniejszym informuję
o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następującej/yeh rzeczy* / świadczenia
następującej usługi /usług*:

.....
.....
.....
.....
.....

numer zamówienia

Data zawarcia umowy to, data odbioru

Imię i nazwisko

Adres

Data

.....

(podpis)

* niepotrzebne skreślić