MEDICAL TRADE CENTER

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Medical Trade Center s.c.
ul. Mateckiego 4a/139, 60-689 Poznań
NIP 9721295929,
REGON 381713354
tel. +48 61 250 10 35
sklep@medicaltradecenter.pl

Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*) :

1. Nr zamówienia (prosimy o podanie numeru zamówienia): ……..
2. Zwracane produkty (prosimy o uzupełnienie poniższych informacji; jeśli zwracają Państwo więcej niż jedną rzecz, prosimy podać informacje o nich po przecinku):

- Indeks produktu: ……
- Nazwa produktu: ……
- Rozmiar: ……..
- Ilość: ……

3. Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*) : ……..
4. Numer konta ……..……..

Data wypełnienia formularza i podpis konsumenta

(podpis tylko w przypadku jeśli formularz wysyłany jest w wersji papierowej)

……..

(*) Niepotrzebne skreślić.