

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: **DERMO24 Anna Strączek-Bąk, Przemysław Bąk Spółka Jawna**
adres do zwrotu: **ul. Leśna 2a lok. 5/6, 32-080 Zabierzów**
e-mail kontaktowy: **sklep@aptekaeskulap.pl**
fax: **12 285 31 03**

– 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.