



MEDICSTAR

OŚWIADCZENIE O Odstąpieniu od umowy zawartej na odległość

(Oświadczenie to należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

MEDICSTAR SP.Z O.O. SP. KOMANDYTOWA

KRS: 0000726433 NIP 6793167820

Oddział: 32-020 Wieliczka

ul. Sadowa 107

tel/fax 12 251 42 87

e-mail: sklep24@medicstar.pl

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

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

- Numer dokumentu sprzedaży/zamówienia.....

- 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.

PROSIMY O WYPEŁNIENIE W CELU UMOŻLIWIENIA NAM DOKONANIA ZWROTU PIENIĘDZY ZA ZWRACANE PRODUKTY:

Imię i nazwisko właściciela konta:.....

Adres (ulica, kod, miejscowość):.....

Nr konta 26 cyfr: __ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

Wyrażam zgodę na bezpłatne przesłanie faktury korygującej drogą elektroniczną na maila:

.....@..... lub o przesłanie na adres pocztowy za dopłatą 14 zł. (dotyczy tylko zamówień na fakturę VAT)

DATA I PODPIS KLIENTA.....