

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

– **Adresat:** 4Medical Sp. z o.o., ul. Jagiellońska 78, 03-301 Warszawa, tel.: 22 497 18 40, e-mail: sklep@4medical.pl

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

-
-
-
-

– **Data zawarcia umowy** [prosimy uzupełnić]:

– **Imię i nazwisko konsumenta(-ów)** [prosimy uzupełnić]:

– **Adres konsumenta(-ów)** [prosimy uzupełnić]:

– Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

– **Data wypełnienia i przesłania formularza odstąpienia od umowy** [prosimy uzupełnić]:

(*) Niepotrzebne skreślić