

Formularz odstąpienia od umowy

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

Adresat: ORTHO-FREEZE MED. Sp. z o.o., 86-011 Gościeradz, ul. Wspólna 4

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Data odbioru rzeczy: _____

Imię i nazwisko konsumenta: _____

Adres konsumenta: _____

Numer zamówienia * _____

Numer faktury / numer transakcji z paragonu * _____

Numer konta bankowego do zwrotu środków: _____

Podpis konsumenta (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej lub skan mailem):

Data: _____

(* Podanie wskazanych danych nie jest obowiązkowe, jednakże usprawni i przyspieszy proces zwrotu.