

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY SPRZEDAŻY

Do:

E-Wellmedica
Annopol 3 budynek DC1
03-236 Warszawa

Imię i Nazwisko konsumenta:

Adres konsumenta:

Telefon:

E-mail:

Nr zamówienia:

Data zawarcia umowy:/odbioru:

Ja, niżej podpisany/a

niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących towarów:

1.
2.
3.
4.

Informuję, że wybieram następujący sposób dokonania zwrotu płatności:

- zwrot na rachunek bankowy, z którego nastąpiła płatność;
- zwrot przelewem tradycyjnym, na następujący numer rachunku bankowego:

.....

.....

Data i podpis konsumenta

(proszę wpisać tylko w przypadku gdy formularz jest przesłany w wersji papierowej)