

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

MANA MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Piechoty Łanowej 46, 02-951 Warszawa
adres e-mail: biuro@mana.com.pl

- Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących towarów(*) / o świadczenie następującej usługi(*):

.....
...

.....
...

.....
...

- Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

.....
...

- Imię i nazwisko Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych):

.....
...

- Adres Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych):

.....
...

Nazwa Banku i numer konta do zwrotu środków

.....
...

.....
Podpis Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych)
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data

(*) Niepotrzebne skreślić.