

Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko konsumenta

.....
Adres konsumenta

.....
Numer kontaktowy

Sklep Medyczny Store

ul. 11 Listopada 24, 82-500 Kwidzyn

email: handlowy@medyczny.store

**Oświadczenie
o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość
lub poza lokalem przedsiębiorstwa**

Na podstawie art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, z zachowaniem 14-dniowego terminu, odstępuję od umowy zawartej w dniu.....

Towar zwrócę stosownie do postanowień umowy.

Numer zamówienia:

.....

Przedmiot zakupu:

.....

Data odbioru towaru:

.....

Powód zwrotu (możliwy zwrot bez podania przyczyny):

.....

Numer konta do zwrotu ceny towaru:

.....

.....

Odręczny podpis konsumenta