

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Imię i nazwisko zgłaszającej

Data

.....

.....

Adres

.....

Adres Pharmaseal.MSG Sp. z o.o.
ul. Główna 122, 97-410 Kleszczów
nr faxu 44 7313732 , tel.+48 516723328
adres e-mail: kontakt @ pharmaseal.pl .

Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. 2014 r. poz. 827)
odstępuję od umowy dotyczącej zakupu towaru/-ów:

Nazwa towaru	Ilość sztuk

Data i numer zamówienia

Nr paragonu/ faktury

Forma zwrotu płatności

Podpis konsumenta.....