

MEDICUS

• SPECJALISTYCZNE SKLEPY MEDYCZNE •

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres)

Medicus Marzena Gołofit
ul. Biernackiego 12/9
20-089 Lublin

OŚWIADCZENIE

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

Niniejszym informuję, o odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

.....
Data zawarcia umowy:.....

Proszę o zwrot kwoty:.....

• przelewem na nr konta*.....

w banku.....

• przesłanie jej przekazem pocztowym na adres*:

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić