

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY - formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy

KOBU MEDICAL SOLUTIONS Tomasz Kobus, ul. Głogowska 31/33, 60-702 Poznań
adres e-mail: biuro@kobumedical.pl

- Ja niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

.....
.....
.....
.....
.....

- Data odbioru

.....
.....

- Imię i nazwisko Konsumenta(ów)

.....
.....

- Adres Konsumenta(ów)

.....
.....

Numer konta bankowego do zwrotu należności

.....
.....

Podpis Konsumenta

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data

(*) Niepotrzebne skreślić.