

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

opracowany na podstawie załącznika numer 2 do ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2014 r. poz. 827 ze zm.)

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

Adresat	APTE.PL A.T.HINZ S.J. ul. Obwodowa 35E A/14,15, 84-240 Reda Adres do korespondencji: APTEKA POLSKA APTE.PL, ul. Derdowskiego 21, 84-230 Rumia mail: zamowienia@aptekapolska.pl telefon: 58 676 68 05
Ja/My ^(*) niniejszym informuję/informujemy ^(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących towarów:	Prosimy o wypisanie poniżej produktów, z zakupu których Państwo rezygnują, lub wpisanie „CAŁE ZAMÓWIENIE”, jeżeli rezygnują Państwo z całego złożonego zamówienia:
Data zawarcia umowy i numer zamówienia:	
Imię i nazwisko konsumenta(-ów):	
Adres konsumenta(-ów):	
Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej):	
Data:	

(*) niepotrzebne skreślić