

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: **Topsil Med Sp. Z o.o.**

Słubica B, Ul. Graniczna 6

96-321 Żabia Wola

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

Data zawarcia umowy:

Data odbioru rzeczy:

Imię i nazwisko konsumenta:

Adres konsumenta:

Podpis konsumenta (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej):

Miejscowość i data:
