

.....
(imię i nazwisko klienta)

.....
(miejsowość i data)

.....

.....
(adres zamieszkania)

FORMULARZ Odstąpienia od umowy

ZP MED s.c. Anna Bulczak, Krzysztof Bulczak

ul. Robotnicza 23

81-180 Gdynia

NIP: 9581717677

email: kontakt@mamove.pl

Niniejszym oświadczam, że odstępuję od umowy sprzedaży następujących produktów:

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

Data odbioru przesyłki:

.....

(podpis konsumenta)