

.....
Miejscowość, data

Adresat: Jutro Medical Sp. z o.o., z siedzibą ul. Jana Czeczota 31, 02-607 Warszawa, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego przez sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem KRS: 0000816265, NIP: 5252808164, REGON: 38495535900000, kapitał zakładowy 5.000 PLN (w pełni opłacony), email: kontakt@jutromedical.com

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

(formularz ten należy wypełnić i odesłać pocztą tradycyjną/elektroniczną tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

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

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

Data złożenia zamówienia na usługę:

Data planowanego wykonania usługi:

Zwrot kosztów, proszę dokonać:

- Na rachunek bankowy nr ,
którego właścicielem jest

W przypadku niewskazania sposobu zwrotu kosztów, Usługodawca dokona zwrotu przy użyciu takiego samego sposobu zapłaty, jakiego użył Konsument.

Imię i Nazwisko Konsumenta:

Adres email i nr tel. Konsumenta:

.....

Data i Podpis Konsumenta

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)