

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: **DR ZDROWIE S.A.**

adres do zwrotu: **Omnipack Sp. Z o.o. Aleja Katowicka 66, 05-830 Nadarzyn (bud. DC04 rampa 10)**

e-mail kontaktowy: edrogeria@drzdrowie.pl

Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

– Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

.....

– Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

.....

– Adres konsumenta(-ów)

.....

– Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....

– Data:

(*) Niepotrzebne skreślić.

“ DR ZDROWIE ” S.A. | ul. Kamionkowska 51 | 03-812 Warszawa

KRS: 0000010657 | NIP: 9520008596 | REGON: 010785186

mail: edrogeria@drzdrowie.pl | kap.zakł. 500.000 zł