Miejscowość: …… Data: ……

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.	

– Data zawarcia umowy: ……

– Numer zamówienia: ……

– Imię i nazwisko konsumenta(-ów): ……

– Adres konsumenta(-ów): ……

……

Sprzedawca dokonuje zwrotu płatności przy użyciu takiego samego sposobu zapłaty, jakiego użył Konsument oraz Przedsiębiorca z uprawnieniami Konsumenta chyba, że Konsument oraz Przedsiębiorca z uprawnieniami Konsumenta wyraźnie zgodził się na inny sposób zwrotu, który nie wiąże się dla niego z żadnymi kosztami.

– W przypadku zamówienia **„za pobraniem”** (płatność przy odbiorze) prosimy o podanie nr konta do zwrotu płatności:

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

……

(*) Niepotrzebne skreślić.