

Sklep Medyczny rehaMED S.C.

ul. Kołobrzeska 63C, 80-397 Gdańsk adres e-mail: sklepmedyczny@rehamed.com.pl

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

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

- Data odbioru

.....

- Imię i nazwisko Konsumenta(ów)

.....

- Adres Konsumenta(ów)

.....  
.....

- Nr rachunku bankowego konsumenta

.....  
.....

.....

Podpis Konsumenta

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data .....

(\*) Niepotrzebne skreślić.