

**WZÓR FORMULARZA ODSZTĄPIENIA OD UMOWY**

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

Sklep Medyczny rehaMED

ul. Kołobrzaska 63V, 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.