

Sklep Medyczny rehaMED S.C.

ul. Polska 7, 81-339 Gdynia 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.