

Formulář pro odstoupení od smlouvy

ZDRAVOTNICKÉ POTŘEBY DOUBRAVKA s.r.o.

(vyplňte tento formulář a odešlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy. Formulář je třeba vytisknout, podepsat a zaslat naskenovaný na níže uvedenou e-mailovou adresu, případně jej vložit do zásilky s vráceným zbožím).

Adresát

Internetový obchod: **ZDRAVOTNICKÉ POTŘEBY DOUBRAVKA s.r.o.**
Společnost: **ZDRAVOTNICKÉ POTŘEBY DOUBRAVKA s.r.o.**
Se sídlem: **Kamenná prodejna:**
Poliklinika Doubravka Masarykova 1132/62,312 00, Plzeň
IČ/DIČ: **09413642/CZ09413642**
E-mailová adresa: **obchod@zdravotnickepotrebyplzen.cz**
Telefonní číslo: **373 724 289**

(Následující požadované údaje doplní zákazník.

() Nehodící se škrtněte nebo údaje doplňte.)*

Oznamuji, že tímto odstupuji od smlouvy o nákupu tohoto zboží (*)/o poskytnutí těchto služeb (*):

- Datum objednání (*)/datum obdržení (*)
- Číslo objednávky:
- Peněžní prostředky za objednání, případně i za doručení, byly zaslány způsobem (*) a budou navráceny zpět způsobem (v případě převodu na účet prosím o zaslání čísla účtu) (*)
- Jméno a příjmení spotřebitele:
- Adresa spotřebitele:
- Email:
- Telefon:

V (zde vyplňte místo), **Dne** (zde doplňte datum)

(podpis)

Jméno a příjmení spotřebitele