FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Biomedix Jan Kalita, ul. Zakopiańska 35, 41-800 Zabrze NIP: 6481579932

Ja / My (*) niniejszym informuję / informujemy (*) o moim / naszym (*) odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

Nazwa produktu:	**Cena:**
Razem:	

Data zawarcia umowy: **Data odbioru produktów:**

_____ _____

Imię i nazwisko / nazwa firmy_____

_____

Adres konsumenta (-ów):_____ _____

_____

_____

Data i podpis

_____