

FORMULÁR K ODSTÚPENIE OD ZMLUVY

VŽDY PROSÍM PRIPOJTE DO BALÍČKA A TEN NÁSLEDNE POŠLITE NA ADRESU ČISTÁ
MEDICÍNA S.R.O., ČESKÁ 318/1, 74221 KOPŘIVNICE

Oznamujem, že odstupujem od zmluvy o nákupe tohto tovaru:

Názov tovaru:

Číslo objednávky:

Dátum objednania:

Dátum prijatia:

Cena tovaru:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Číslo účtu pre
vrátení platby + IBAN:

Miesto a dátum

Podpis spotrebiteľa