

FORMULÁŘ K ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY

VŽDY PROSÍM PŘILOŽTE DO BALÍČKU A TEN NÁSLEDNĚ DORUČTE NA ADRESU ČISTÁ
MEDICÍNA S.R.O., ČESKÁ 318/1, 74221 KOPŘIVNICE.

Oznamuji, že tímto odstupuji od smlouvy o nákupu tohoto zboží:

Název zboží:

Číslo objednávky:

Datum objednání:

Datum obdržení:

Cena zboží:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Číslo účtu pro
vrácení platby:

Místo a datum

Podpis spotřebitele