

# MEDICUS

• SPECJALISTYCZNE SKLEPY MEDYCZNE •

Miejscowość, data.....  
Imię i nazwisko.....  
Adres.....

Medicus Marzena Gołofit Sklepy Medyczne  
ul. Biernackiego 12/9 Lublin  
NIP 712-104-57-55

## OŚWIADCZENIE o odstąpieniu od umowy sprzedaży

Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych  
praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez  
produkt niebezpieczny (tekst jednolity: Dz. U. 2012 r. poz. 1225) oświadczam,  
iż odstępuję odmowy

sprzedaży.....  
.....  
.....

Proszę o zwrot kwoty..... przelewem na nr  
konta.....  
..... w banku.....  
bądź przesłanie jej przekazem pocztowym na  
adres.....  
.....

Podpis.....