

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres)

Medicus Marzena Gołofit  
Specjalistyczne Sklepy Medicus  
ul. Biernackiego 12/9  
Lublin

**OŚWIADCZENIE**  
**o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość**  
**lub poza lokalem przedsiębiorstwa**

Niniejszym informuję, o odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:  
.....

Data zawarcia umowy: .....

Proszę o zwrot kwoty .....

- przelewem na nr konta..... w banku .....\*
- przesłanie jej przekazem pocztowym na adres:  
.....\*

.....  
(podpis)

\* niepotrzebne skreślić