

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko)

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

Medicus Sp. z o.o.
Specjalistyczne Sklepy Medyczne
ul. Biernackiego 12/9
20-089 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