

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Imię i nazwisko

Nr zamówienia

Adres

Data zawarcia umowy

Adres e-mail

Data odbioru towaru

NAZWA TOWARU I ROZMIAR	CENA ZAKUPU	POWÓD ZWROTU

Proszę o zwrot kwoty na:

poniższy numer konta

(nazwa banku i numer konta bankowego)

Niniejszy dokument należy wydrukować, wypełnić i odesłać wraz z towarem w terminie 14 dni od daty doręczenia bezpośrednio na adres:

COCOMED 26-640 Sołtyków ul. Perłowa 15D tel. 730 714 661

Zwroty realizowane są w ciągu 14 dni od daty przyjęcia towaru przez COCOMED.

Data i podpis