

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY I ZWROTU TOWARU

(prosimy o wypełnienie w miejscach wykropkowanych)

Imię i nazwisko osoby dokonującej zwrotu:

.....

Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr. domu)

.....

Dane kontaktowe (adres e-mail, telefon)

.....

Niniejszym oświadczam, iż:

- Na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta (Dz.U.z 2014r, poz. 827) odstępuję od umowy sprzedaży zawartej z firmą: **Mk-Med Małgorzata Krotecka ul. Mała 11a 61-482 Poznań** i zwracam wymienione poniżej towary.
- Znane mi są warunki zwrotu towarów w tym trybie określone w regulaminie Sklepu oraz w wyżej wymienionej ustawie.

Data otrzymania towaru:

Nr. dokumentu sprzedaży (paragon lub faktura Vat)

Zwracane towary:

| Nazwa | Ilość | Cena brutto |
|-------|-------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Numer rachunku bankowego, na który zostanie zwrócona należność za towar:

Właściciel rachunku:

Adres do zwrotu zakupionego towaru:

**„Mk-Med” Sklep z Odzieżą Medyczną
ulica Wolnica 7/8 61-764 Poznań.**

.....
miejscowość i data

.....
podpis klienta