

Załącznik nr 1 Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość

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

(miejscowość, data)

(imię i nazwisko konsumenta)

(adres zamieszkania)

PHARMINDEX Poland Sp. z o.o.

02-366 Warszawa

ul. Bitwy Warszawskiej 1920r. 7

Oświadczam, że zgodnie ze na podstawie art. 27 Ustawy o prawach konsumenta (Dz. U. 2014 poz. 827) **odstępuję od umowy sprzedaży nr Zamówienia** _____
zawartej dnia _____ r.

[] Zgadzam się na zwrot kosztów na moje konto , które podaję poniżej:

Nr konta: _____.

podpis Konsumenta