

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Firma:

Paramedica Polska Sp. z o.o. Sp.k.

Adres:

ul. Żołny 11,
02-815 Warszawa,

e-mail:

paramedica@paramedica.pl;

tel:

22 313 09 39

Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym(*) odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy/umowy dostawy następujących rzeczy/umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy/umowy o świadczenie następującej usługi(*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data zawarcia umowy.

.....
Imię i nazwisko Klienta (-ów) w tym konsumenta (-ów).

.....
Adres Klienta (-ów) w tym konsumenta (-ów).

.....
Podpis Klienta (-ów) w tym konsumenta (-ów).
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej).

Data:

(*) Niepotrzebne skreślić.