

FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adres do zwrotu produktów: DSV Solutions Sp. z o. o. , Ul. Aleja 20-lecia 23, 96-515 Teresin
e-mail kontaktowy: kontakt@superpharm.pl

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

Lp.	Nazwa produktu	Ilość sztuk	Cena jednostkowa
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Numer Zamówienia

Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

Imię i nazwisko nabywcy

Adres korespondencyjny.....

Nr telefonu

Adres e-mail.....

Nr konta (należy podać tylko w przypadku, gdy wybrano formę dostawy „Płatność gotówką przy odbiorze”)

.....

.....
Data

.....
podpis nabywcy

.....
podpis upoważnionego pracownika
SuperPharm Poland Sp.zo.o**

**niewłaściwe skreślić*