

Dane konsumenta:

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

Dane sprzedawcy:

Medico-Dent  
Kompleksowe Zaopatrzenie  
Gabinetów Stomatologicznych  
ul. Daszyńskiego 4  
47-230 K-Koźle

## OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

Ja / My (\*) niniejszym odstępuję /odstępujemy (\*) od umowy sprzedaży następujących towarów:

Data zamówienia:	
Data odbioru towaru:	
Imię i nazwisko konsumenta/ów	
Proszę dokonać zwrotu zapłaconej ceny towaru wraz z poniesionymi przeze mnie/nas (*) kosztami dostawy towaru do konsumenta(-ów) na niniejszy numer rachunku bankowego / inny sposób (*)	
Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)	
Miejscowość, Data:	
Inne:	

(\*) – Niepotrzebne skreślić.