

## **WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

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

Adresat: **Estetica Iwona Michalak**

adres do zwrotu: **ul. Techniczna 2 bud. B, Piaseczno, 05-500**

e-mail kontaktowy: **sklep@dermopharma.pl**

fax: **022 845 62 48**

– 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(\*)/ o świadczenie następującej usługi(\*)

– Data zawarcia umowy(\*)/odbioru(\*)

– Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

– Adres konsumenta(-ów)

– Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

– Data:

(\*) Niepotrzebne skreślić.