
FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Zdrowe Stawy Sp. z o.o.

ul. G. Roweckiego 10/4 , 43-100 Tychy, NIP: 6332221734.

Ja/ My (*) niniejszym informuję / informujemy (*) o moim / naszym (*) odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

Nazwa produktu	Cena jednostkowa	Liczba sztuk	Razem
Razem do zwrotu:			

Data zawarcia umowy:

Data odbioru produktów:

Numer faktury -----

Imię i nazwisko / Nazwa firmy -----

Adres konsumenta (-ów): -----

Nr konta bankowego -----

Data i podpis
