



Týmto oznamujem, že odstupujem od zmluvy na tento tovar/produkt:

Identifikačné údaje spotrebiteľa:

Meno a Priezvisko:.....

Adresa:.....

Mesto:..... PSČ:.....

Kontakt (tel., email):.....

Údaje o toware/produkte:

Kód tovaru/produktu	Názov tovaru/produktu	Množstvo	Dôvod vrátenia

Číslo faktúry	Dátum objednávky

Žiadam o:

☐ Vrátenie peňazí:

Číslo účtu v tvare IBAN pre vrátenie platby

[illegible]

☐ Výmenu tovaru:

Kód tovaru/produktu	Názov tovaru/produktu	Množstvo

Dátum:

Podpis spotrebiteľa (iba ak sa formulár podáva v listinnej podobe):

Odstúpenie od zmluvy spolu s tovarom zašlite poštou na adresu: Lekáreň PHARMACIA, Dlhý rad 6, 085 01 Bardejov. Informáciu o odoslaní zašlite aj na email: info@medikament.sk

(*) Nehodiace sa prečiarknite