FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

natural pharmaceuticals

Adresat: Natural Pharmaceuticals sp. z o.o., ul. Puławska 366, 02-819 Warszawa, tel. 22 22 490 69 67, bok@natural.pl

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy zakupu produktu*:

.....

(tu proszę wpisać nazwę produktu/produktów)

Nr dokumentu wysyłki*: .....

(znajdą go Państwo na blankiecie płatności)

Data otrzymania przesyłki*: .....

Nr Klienta*: .....

Imię i nazwisko*: .....

Ulica i nr domu*: .....

Kod pocztowy, miejscowość*: .....

Telefon kontaktowy*: .....

Jeśli mają Państwo w tej chwili nadpłatę na koncie Klienta, prosimy o podanie numeru rachunku bankowego**:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

*pola obowiązkowe

** w przypadku nadpłaty prosimy o dołączenie potwierdzenia płatności

.....

(data i czytelny podpis)