

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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



Adresat: Natural Pharmaceuticals sp. z o.o., ul. Domaniewska 28 , 02-672 Warszawa, tel. 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*:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

*pola obowiązkowe

.....

data

.....

czytelny podpis

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)