

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:

Proszę dokonać zwrotu płatności na niniejszy numer rachunku bankowego (jego podanie nie jest obowiązkowe, ale przyspieszy procedurę zwrotu)

<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)