

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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



Adresat: Magazyn Natural Pharmaceuticals – CPI, ul. 3 Maja 9A Gocław, 08-440 Pilawa, 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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*pola obowiązkowe

.....
data

.....
czytelny podpis
(tylko jeżeli formularz jest przysyłany w wersji papierowej)