

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

HealthTime Paweł Kardach

ul. Berka Joselewicza 1/1

81-738 Sopot, Polska

NIP: 6151244097

www.PawelKardach.pl

kontakt@pawelkardach.pl

Ja/My(*)

niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*) /
o świadczenie następującej usługi(*) / o dostarczanie treści cyfrowych w postaci(*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

.....

Imię i nazwisko Konsumenta (-ów):

.....

Adres Konsumenta (-ów):

.....

.....

.....

Podpis Konsumenta
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data

(*) Niepotrzebne skreślić