Vzorový formulár na
odstúpenie od zmluvy / výmenný formulár (*)

(vyplňte a zašlite tento formulár len v prípade, že si želáte odstúpiť od zmluvy)

MEDIKAMENT

Týmto oznamujem, že odstupujem od zmluvy na tento tovar/produkt:

Identifikačné údaje spotrebiteľa:

Meno a Priezvisko:.....

Adresa:.....

Mesto: ..... PSČ:.. .....

Kontakt (tel., email):.....

Údaje o tovare/produkte:

Kód tovaru/produktu	Názov tovaru/produktu	Množstvo	Dôvod vrátenia

Číslo faktúry	Dátum objednávky

Žiadam o:

☐ Vrátenie peňazí:

Číslo účtu v tvare IBAN pre vrátenie platby

☐ Výmenu tovaru:

Kód tovaru/produktu	Názov tovaru/produktu	Množstvo

Dátum: .....

Podpis spotrebiteľa (iba ak sa formulár podáva v listinnej podobe): .....

Odstúpenie od zmluvy spolu s tovarom zašlite poštou na adresu: Lekáreň PHARMACIA, Dlhý rad 8, 085 01 Bardejov. Informáciu o odoslaní zašlite aj na email: info@medikament.sk

(*) Nehodiace sa prečiarknite