…….
imię i nazwisko klienta

…….
ulica, numer domu/mieszkania

…….
kod pocztowy i miejscowość

…….
nr telefonu

…….
miejscowość, dnia

SKLEP ZIELARSKO-MEDYCZNY
„ZIOŁOWA-APTEKA" Barbara Chylaszek
ul. Dworcowa 32
32-620 Brzeszcze

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

Oświadczam, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta odstępuję od umowy kupna zawartej dnia …….

Jednocześnie proszę o zwrot wpłaconej kwoty w wysokości ……. PLN

(słownie: ……)

SKLEP ZIELARSKO-MEDYCZNY „ZIOŁOWA APTEKA" Barbara Chylaszek ul. Dworcowa 32 32-620 Brzeszcze	**tel: +48 508 386 771 sklep@ziolowa-apteka.pl www.ziolowa-apteka.pl**

Dane klienta (wypełnia Klient)

Email: ……. Nr zamówienia: ……

Data wypełnienia oświadczenia: ……

Dane do przelewu (wypełnia Klient)

Numer rachunku bankowego:

Dane właściciela rachunku:

Imię i nazwisko: ……

Kod pocztowy i miejscowość: ……

Ulica, numer domu/mieszkania: ……

Zwracam następujące przedmioty otrzymane w dniu …… :

1) ……
2) ……
3) ……

ZIOŁOWA APTEKA
sklep zielarsko-medyczny

……
czytelny podpis Klienta

Uwaga! Nie przyjmujemy paczek za pobraniem.
Zwrot pieniędzy możliwy jest wyłącznie poprzez przelew bankowy