

Imię, nazwisko i adres konsumenta

.....
Miejscowość, data

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

Medicus Sp. z o.o.
Pl. Strzelecki 24
50-224 Wrocław

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość

Oświadczam, iż na podstawie art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta (Dz. U. z dnia 24 czerwca 2014 r.) odstępuję od:

umowy sprzedaży następujących rzeczy
umowy dostawy następujących rzeczy(*).....
umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy(*).....
o świadczenie następującej usługi(*).....
zawartej dnia
Dokument sprzedaży

Proszę o zwrot ceny towaru/wynagrodzenia za usługę(*) na konto bankowe:

..... oraz
kosztów wysyłki towaru od Państwa do mnie w terminie 14 dni od dnia doręczenia niniejszego pisma.
Jednocześnie informuję, iż zakupiony towar zostanie zwrócony na warunkach określonych w umowie w ciągu 14 dni.

Z poważaniem,

(*) Niepotrzebne skreślić

Medicus sp. z o.o.
Plac Strzelecki 24
50-224 Wrocław

tel.: +48 71 347 21 00
faks: +48 71 347 21 11
info@medicus.com.pl

NIP 8961017023
REGON 930957985
www.medicus.com.pl

Wpisana do Rejestru Przedsiębiorstw Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000685093. Wysokość kapitału zakładowego: 73 350 zł.