

Formulár na odstúpenie od zmluvy

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

— Komu : STOLAMED PLUS, s. r. o.

Michalská 9, 811 03 Bratislava

Tel.:0907 220 700, 0915 161 583

E-mail: stolamedplus@gmail.com

— Týmto oznamujem/oznamujeme (*), že odstupujem/odstupujeme (*) od zmluvy na tento tovar/od zmluvy o poskytnutí tejto služby (*):

— Dátum objednania/dátum prijatia (*)

— Meno a priezvisko spotrebiteľa/spotrebiteľov (*)

— Adresa spotrebiteľa/spotrebiteľov (*)

— Podpis spotrebiteľa/spotrebiteľov (*) (iba ak sa tento formulár podáva v listinnej podobe)

— Dátum

(*) Nehodiace sa prečiarknite.