

.....
miejscowość, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres, ulica

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
nr telefonu, e-mail

Apteka Internetowa GALEN
ul. Felińskiego 24, 31-326 Kraków

**OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY
ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ**

Oświadczam, że odstępuję od umowy sprzedaży towaru:

.....
pełna nazwa

zawartej dnia, towar otrzymałem/łam* dnia.....
paragon/faktura VAT* nr

Proszę o zwrot kwoty słownie:.....
.....
przelewem bankowym na konto nr:

... .. - - - - - -

.....
podpis

(* - niepotrzebne skreślić)