

....., dnia .....

Euromedical Poland Alicja Wyrwa  
ul. Chwarznieńska 136/138  
81-602 Gdynia  
NIP: 586-005-10-92  
e-mail: info@euromedical.pl  
telefon: 668 29 41 29

### **Formularz odstąpienia od umowy:**

Numer zamówienia: .....

Data zamówienia: .....

Numer paragonu/faktury: .....

#### **Dane kupującego:**

Imię i Nazwisko: .....

Adres: .....

Numer telefonu i e-mail: .....

#### **Przedmiot odstąpienia od umowy:**

1) .....

2) .....

3) .....

**Proszę o zwrot zapłaconej kwoty za powyższy/e produkt/y na rachunek bankowy nr:**

.....

**Podpis**

.....