

Załącznik 2. Formularz odstąpienia od umowy.

Adresat: Stasiak medical team II Elżbieta Stasiak ul. Jana Sawy 9/1 20-632 Lublin

tel/fax (081) 528-09-25 e-mail: lublin@stasiak-med.pl

- Ja.....

(Imię i Nazwisko Konsumenta)

niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży/dostawy* następujących rzeczy :

.....
.....

- Data zawarcia umowy.....

- Adres konsumenta

Data i podpis konsumenta.....

(*) Niepotrzebne skreślić.