



Kolorowe Zdrowie

Pelikanów 8c/14

05-500 Piaseczno

Tel. +48 691 373 659

DATA

**FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY SPRZEDAŻY
(ZWROT TOWARU)**

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży zawartej na odległość.
Poniżej wskazuje dane towaru, co do którego składam oświadczenie o odstąpieniu od umowy.

Numer zamówienia: _____

Data odbioru Towaru: _____

Numer faktury / paragonu: _____

Imię i nazwisko/Nazwa firmy: _____

Adres: _____

Telefon lub adres e-mail: _____

Proszę o zwrot środków pieniężnych na rachunek bankowy / w sposób, jaki dokonano płatności za Towar¹:

Numer rachunku: _____

Na życzenie Klienta – Proszę o zwrot płatności w innej formie (należy wskazać formę):

Uwagi Klienta:

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

¹ Należy zaznaczyć właściwy sposób.

(*podpis Klienta*)²

² Jeżeli oświadczenie jest składane w papierowej, formularz powinien zostać podpisany własnoręcznym podpisem (imię i nazwisko) Klienta.