

Formulář pro odstoupení od smlouvy (do 14 dnů)

(vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy)

Adresát :

Pavel Souček

Nové sady 988/2

602 00 Brno

E-mail : info@colmedix.cz

Oznámení o odstoupení od smlouvy

Tímto oznamuji, že odstupuji od kupní smlouvy na toto zboží:

Název zboží :	
Datum objednání :	
Datum obdržení :	
Číslo objednávky / faktury :	
Jméno a příjmení :	
Adresa :	
E-mail :	
Telefon :	
Číslo bankovního účtu :	

K formuláři prosím přiložte kopii faktury nebo jiný doklad o koupi.

Datum :

Podpis spotřebitele (pouze při zaslání v listinné podobě) :