

Miejscowość, data

.....

Adresat:

Szlachetne Zdrowie
ul. Niekłańska 33 paw. 5
03-924 Warszawa

Dane Klienta: (imię i nazwisko, adres, adres e-mail, nr telefonu)*:

.....

.....

**OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ
LUB POZA LOKALEM PRZEDSIĘBIORSTWA**

Niniejszym oświadczam, iż wykorzystując moje uprawnienia, z zachowaniem 14-
dniowego terminu, odstępuję od zawartej w dniu** umowy
dotyczącej zakupu/ dostawy rzeczy*** (opis towaru, numer zamówienia/ numer faktury,
przyczyna odstąpienia)*,

.....

doręczonej mi w dniu**

.....

Data i podpis

(jeżeli oświadczenie jest składane w formie pisemnej)

*Klient jest zobowiązany do podania adresu, pozostałe dane do uzupełnienia opcjonalnie

** Należy wskazać jedną z dat: zakupu lub doręczenia

*** Skreślić niewłaściwe