

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Adresat:

Fundacja "Końskie Zdrowie"

ul. ul. Okólnik 4

82-300 Elbląg

REGON: 170054840 NIP: 5781199765 KRS: 0000244951

tel. 888 767 651 email: f kz@elblag.com.pl

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy **sprzedaży** następujących produktów:

1) – cena:,

2) – cena:

Numer zamówienia:

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko konsumenta:

Adres konsumenta:

.....

Zwrotu pieniędzy proszę dokonać na następujący rachunek bankowy:

.....

.....

Data:

.....
Czytelny podpis