

DARIUSZ WILISOWSKI NZOZ
CENTRUM STOMATOLOGII LUXDENTICA

ul. Lubostroń 22G lok. 7
30-383 Kraków
email: sklep@kupszubu.pl
tel.: +48 731 704 731

....., dnia

Imię i nazwisko konsumenta (-ów):

Adres konsumenta (-ów)

Formularz odstąpienia od umowy

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

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży następującego produktu:

Nazwa produktu:

.....

Data zawarcia umowy:

.....

Z poważaniem

.....