

Imię i nazwisko Klienta

.....

adres Klienta

.....

nr. telefonu

.....

e-mail

.....

nr. zamówienia

.....

Doctor Guard
Dystrybucja sp. z o.o.
Kazimierzówka 156a
21-040, Kazimierzówka

sklep@allofhemp.com

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

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

Oświadczam, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, odstępuję od zawartej w dniu. umowy sprzedaży. Zwrotowi ulegają otrzymane w/w dniu produkty:

1)

2)

.....

3)

.....



Dane do przelewu (wypełnia Klient)

Zwrot płatności dokonany będzie przy użyciu takich samych sposobów płatności, jakie zostały przez Konsumenta użyte w pierwotnej transakcji, chyba że Konsument wyraźnie wskaże inne rozwiązanie.

Uwaga!

Nie przyjmujemy paczek za pobraniem.

Data zawarcia umowy / odbioru *

podpis Klienta

.....