

Miejscowość, data: .....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

.....

Apteka Studencka Urszula Bodzoń

ul. Studencka 7

31-116 Kraków

NIP: 676-000-98-37

apteka@studencka.krakow.pl

zamowienia@studencka.krakow.pl

Ja.....informuję o moim odstąpieniu od umowy zakupu produktów:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

data otrzymania potwierdzenia zamówienia: .....( data zawarcia umowy)

data odbioru zamówienia: .....

data wypełnienia formularza: .....

Podpis klienta

.....