

Miejscowość, data

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

Imię i nazwisko konsumenta(-ów)
Adres konsumenta(-ów)

MEDYCEUSZ J. Kowalik, M. Kowalik Sp. J.
ul. Hoene-Wrońskiego 1
80-210 Gdańsk

**Oświadczenie
o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość**

nr faktury lub zamówienia:

Ja/My (*).....niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym(*)
odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*):

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

Data odbioru.....

.....

Podpis konsumenta(-ów)

(*) Niepotrzebne skreślić