MEDIC COSMETICS | MEDIC STORE

VZOROVÝ FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD KUPNÍ SMLOUVY

Tento formulář můžete použít, pokud jako spotřebitel odstupujete od kupní smlouvy uzavřené na dálku v e-shopu MEDIC STORE. Vyplněný formulář zašlete na uvedený e-mail nebo poštou. Použití formuláře není povinné; odstoupení můžete učinit i jiným jednoznačným prohlášením.

Adresát	Martina Lefanová – MEDIC STORE
Adresa	Nesměň 67, 374 01
E-mail	mediccosmetics@seznam.cz

Oznamuji, že tímto odstupuji od kupní smlouvy uzavřené prostřednictvím e-shopu MEDIC STORE na výše uvedené zboží.

Jméno a příjmení spotřebitele	
Adresa spotřebitele	
E-mail / jiný elektronický kontakt	
Číslo objednávky	
Datum objednání	
Datum převzetí zboží	
Označení vraceného zboží (název, případně počet kusů)	
Číslo bankovního účtu (nepovinné; vyplňte, pokud žádáte vrácení peněz na účet a dohodnete se na tomto způsobu)	
Další sdělení (nepovinné)	
Datum	
Podpis spotřebitele (pouze při zaslání v listinné podobě)	

Poznámka: Přímé náklady na vrácení zboží nese spotřebitel, pokud prodávající nesdělil jinak. Právo odstoupit se neuplatní v zákonem stanovených případech.