

WZÓR FORMULARZA ODSZKADNIENIA OD UMOWY
(prosimy wypełnić DRUKOWANYMI literami)

Adresat:

Algomedica Sp.z.o.o.
ul. Turecka 2 lokal 70
00-745 Warszawa

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących usług:

- 1) – cena:,
- 2) – cena:,
- 3) – cena:

Numer zamówienia:	
Data zakupu/doręczenia zamówienia:	
Imię i nazwisko konsumenta:	
Adres konsumenta:	
Adres e-mail konsumenta:	

Zwrot środków zostanie zlecony na konto, z którego zakupy zostały opłacone.

Data

Podpis.....