WZÓR ODSTĄPIENIA OD UMOWY

UWAGA: formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy

……, ……

……

(imię i nazwisko Klienta)

…….

……

(adres Klienta do korespondencji)

……

(numer telefonu/email do kontaktu)

Pan/Pani* Jakub Sinkowski

REH MEDICAL Jakub Sinkowski

ul. Grunwaldzka 183/4

85-429 Bydgoszcz

ODSTĄPIENIE OD UMOWY NA ODLEGŁOŚĆ

Oświadczam, że odstępuję od umowy sprzedaży na odległość, zawartej w dniu …….…… i dotyczącej zakupu następującego towaru …… za cenę ……

Wydanie/odbiór towaru nastąpił w dniu …….

W związku z powyższym, oświadczam, że dokonam zwrotu towaru niezwłocznie, nie później niż w terminie czternastu dni. Poniżej wskazuję dane do zwrotu ceny towaru, który powinien nastąpić niezwłocznie, nie później niż w terminie czternastu dni.

…….…….…….…….……

…….…….…….…….……

Mam świadomość, że przekazane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane przez Sprzedawcę w celach związanych z wykonaniem odstąpienia od umowy oraz spełnieniem związanych z nim żądań i to na zasadach określonych w odpowiednich przepisach prawa. Wiem, że przysługuje mi prawo do żądania od administratora danych dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

……

(imię, nazwisko i podpis Klienta,

jeśli formularz jest wysyłany w formie papierowej)

—

* – niepotrzebne skreślić