



Dar Zdrowia Drogeria

Smugowa 27,

95-200 Pabianice

.....  
DATA

**FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY SPRZEDAŻY  
(ZWROT TOWARU)**

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży zawartej na odległość.  
Poniżej wskazuję dane towaru, co do którego składam oświadczenie o odstąpieniu od umowy.

Numer zamówienia: \_\_\_\_\_

Data odbioru Towaru: \_\_\_\_\_

Numer faktury / paragonu: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko/Nazwa firmy: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon lub adres e-mail: \_\_\_\_\_

Proszę o zwrot środków pieniężnych na rachunek bankowy / w sposób, jaki dokonano płatności za Towar<sup>1</sup>:

Numer rachunku: \_\_\_\_\_

Na życzenie Klienta – Proszę o zwrot płatności w innej formie (należy wskazać formę):

\_\_\_\_\_

Uwagi Klienta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

.....  
\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Należy zaznaczyć właściwy sposób.

*( podpis Klienta)<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Jeżeli oświadczenie jest składane w papierowej, formularz powinien zostać podpisany własnoręcznym podpisem (imię i nazwisko) Klienta.