

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(prosimy o wydrukowanie i wypełnienie formularza w miejscach wykropkowanych)

Imię i nazwisko klienta:

.....

Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu):

.....

.....

Dane kontaktowe (adres e-mail, telefon):

.....

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827) odstępuję od umowy sprzedaży zawartej z firmą Zdrowia Smak sp. z o. o. z siedzibą w Częstochowie, ul. Aleja Wolności 8 i zwracam wymienione poniżej towary.
2. Znane mi są warunki zwrotu towarów w tym trybie określone w regulaminie Sklepu oraz w wyżej wymienionej ustawie.

Data otrzymania towaru:

(*) Numer zamówienia:

Zwracane towary:

Nazwa	Ilość	Cena brutto

Numer rachunku bankowego, na który zostanie zwrócona należność za towar:

--- - --- - --- - --- - --- - ---

Właściciel rachunku:

.....

.....

miejscowość i data

.....

podpis klienta

(*) Należy dołączyć oryginał dowodu zakupu (paragon lub faktura)

UWAGA: Nie przyjmujemy żadnych przesyłek, które zostały odesłane do nas za pobraniem.