

VZOROVÝ FORMULÁŘ PRO SPOTŘEBITELE NA ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY

(vyplňte a zašlete tento formulář pouze v případě že chcete odstoupit smlouvy)
Společnosti Treatment & Diagnostic in Israel - Dr. Kats sro, se sídlem Garbiarska 11/3 040 01
Košice, e-mail: **info@mon-platin.cz**

Tímto oznamuji / oznamujeme *, že odstupuji / odstupujeme od smlouvy
na toto zboží ::

Datum objednání / datum obdržení *:

Jméno a příjmení spotřebitele / spotřebitelů *:

Adresa spotřebitele / spotřebitelů *:

Podpis spotřebitele / spotřebitelů * *(pouze pokud je tento formulář zasílán v listinné podobě)*

.....
Podpis

.....
Datum

* *Nehodící se škrtněte.*