|  |  |
| --- | --- |
| **OLMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ sp. k.**  ul. Milionowa 37  93-193 Łódź  email: biuro@aptekazawiszy.pl  tel.: +48 42 640 50 34  BDO: 000129354 | ...................................., dnia ................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko konsumenta (-ów) | .................................................................................... |
| Adres konsumenta (-ów) | .................................................................................... |

Formularz odstąpienia od umowy świadczenia usługi

(należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy świadczenia następującej usługi:

**Nazwa usługi**:

..................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

Data zawarcia umowy:

..................................................................................................................................................................

Jeśli prowadzisz jednoosobową działalność gospodarczą oraz nabyłeś produkt w ramach umowy sprzedaży bezpośrednio związanej z Twoją działalnością gospodarczą, zaznacz właściwą odpowiedź:

❏ Oświadczam, że umowa sprzedaży NIE MA dla mnie charakteru zawodowego, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.

❏ Oświadczam, że umowa sprzedaży MA dla mnie charakter zawodowy, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.

Z poważaniem

............................................