

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

Dane Klienta:

Krodent Usługi Protetyki Stomatologicznej
Dorota Sochaczewska
Rogalskiego 5
03-982 Warszawa

Ja/My (*) niniejszym odstępuję/odstępujemy (*) od umowy sprzedaży następujących towarów/ świadczenia następującej usługi (*):

Data zamówienia:	
Data odbioru towaru:	
Imię i nazwisko / Nazwa / konsumenta (-ów) (*):	
Adres konsumenta (-ów):	
Proszę o zwrot zapłaconej ceny towaru wraz z poniesionymi przeze mnie/nas (*) kosztami dostawy towaru na niniejszy numer rachunku bankowego / w następujący sposób (*):	
Podpis konsumenta (-ów) (podpis jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej, w wersji elektronicznej nie jest potrzebny):	
Miejscowość, data:	

*niepotrzebne proszę skreślić