

## FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nazwa firmy

.....  
NIP

.....  
Adres

.....  
Adres (c.d.)

.....  
E-mail

4AESTHETICS.EU  
MEDIF sp. z o.o. sp.k.  
ul. Piaskowa 4 lok. U3  
01-067 Warszawa  
NIP: 956-20-86-916

Informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących towarów: .....

- .....
- data zawarcia umowy sprzedaży .....
  - data odbioru towaru .....
  - numer zamówienia .....

Oświadczam, że dokonałem/am zakupu niezwiązanego z zawodowym charakterem prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej. (\*)

.....  
Data

.....  
Podpis

(\*) Niepotrzebne skreślić